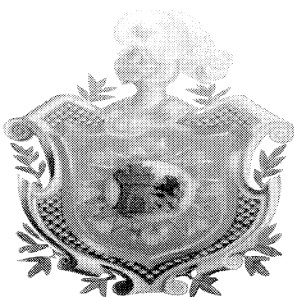


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



TESIS MONOGRÁFICA PARA OPTAR A MAESTRIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMA:

**Factores de riesgos asociados a lesiones precursoras de
cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en las
unidades móviles del programa Sectorial de
Prevención y Atención del Cáncer CervicoUterino.
Octubre a Diciembre 2006.**

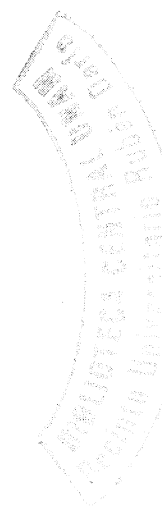
AUTORA:

Dra. Rocío Maud Mondragón Casco.

**TUTORA: Lic. Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular, UNAN – MANAGUA.**

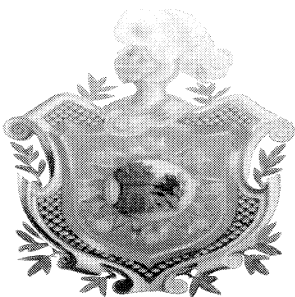


MSC
MED
378.242
Mon



Enx. X Maestría Sexual y Repro. - 02/06/08

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



TEMA:

**Factores de riesgos asociados a lesiones precursoras de
cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en las
unidades móviles del programa Sectorial de
Prevención y Atención del Cáncer CervicoUterino.
Octubre a Diciembre 2006.**

AUTORA:

Dra. Rocío Maud Mondragón Casco.

**TUTORA: Lic. Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular, UNAN – MANAGUA**

JURADO

Presidente _____

Secretario _____

Vocal _____



INDICE

- ¡Dedicatoria
- ¡¡ Agradecimiento
- ¡¡¡ Opinión de la Tutora

RESUMEN

CAPITULO I. GENERALIDADES		No de Págs.
1.1	Introducción.....	1
1.2	Antecedentes.....	2-5
1.3	Justificación.....	6
1.4	Planteamiento del Problema.....	7
1.5	Objetivos.....	8
1.6	Marco Teórico.....	9 -33
CAPITULO II DISEÑO		
2.1	Tipo de estudio.....	34
2.2	Universo.....	34
2.3	Muestra y criterios de inclusión y exclusión.....	34
2.4	Enumeración de las variables.....	35
2.5	Operacionalización de Variables.....	35
2.6	Técnicas y Procedimientos.....	36
2.7	Plan de Análisis.....	36
2.8	Plan de tabulación.....	36
2.9	Aspectos Éticos.....	37
CAPITULO III DESARROLLO		
3.1	Resultados.....	38-39
3.2	Discusión.....	40-42
3.3	Conclusiones.....	43
3.4	Recomendaciones.....	44
Capitulo IV BIBLIOGRAFÍA		
4.1	Bibliografía.....	45 - 46
CAPITULO V ANEXOS		
5.1	Instrumento de recolección.....	47
5.2	Cuadros y Gráficas.....	48 - 52
5.3	Glosario.....	53 - 54



DEDICATORIA

Cada paso encaminado en este mundo es dedicado al **Gran Maestro del Universo, a Dios Padre**, quien me da fortaleza, guía, compañía pero sobre todo amor.

De manera especial les dedico una meta más cumplida a mis queridos padres, **Ing. Oscar Mondragón García, y Sra. Martha Casco Gutiérrez**, que con su amor, apoyo y comprensión, hacen que mis sueños y metas se sigan realizando.

A mi esposo, **Francisco Javier Aragón**, por su apoyo, amor y comprensión; al grandísimo amor de mi vida a mi hijo, **Osmar Javier Aragón**, por darme su amor, ternura, pero sobre todo las ilusiones de seguir siempre preparándome.

A todos los /las adolescentes que viven o que han vivido en algún momento de su vida maltrato y a pesar de lo doloroso que es me permitieron que lo compartiera con ellos.

A mi Tutora, **Lic. Yadira Medrano Moncada** por quien guardo gran respeto, admiración y cariño, a la **Ing. Patricia Delgado**, por todo su apoyo y comprensión por todas las veces que la retrasamos en la salida.

A mis hermanos, mis compañeros de Maestría, a **Claudia Torres**, por el apoyo brindado en el transcurso de esta nueva etapa de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Este trabajo es un esfuerzo por el cual agradezco en el alma a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta nueva etapa de mi vida, especialmente a:

Dios, Creador y Señor de nuestras vidas.

A mis padres, **Ing. Oscar Mondragón García**
Sra. Martha Casco Gutiérrez

A mi esposo, **Francisco Javier Aragón**

A mi hijo, **Osmar Javier Aragón Mondragón**

A mis Hermanos, **Tania Marina, Oscar Antonio, Martha Lucía, Bianca Fabiola.**

A **Ing. Claudia Torres**, mi amiga incondicional, gracias...

A mi tutora, **Lic. Yadira Medrano M**, mil gracias...

A **Patricia Delgado**, ingeniera de la Maestría.

A cada uno de los docentes de la Maestría.

A mis Compañeros y Compañeras de clases de la Maestría.

A todos y todas las mujeres que formaron parte del estudio, infinitamente gracias.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, MANAGUA**

OPINION DE LA TUTORA

El presente informe final del trabajo *“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER CERVICO UTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN LAS UNIDADES MÓVILES DEL PROGRAMA SECTORIAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO. OCTUBRE A DICIEMBRE 2006.”*, dicho informe fue realizado la Dra. Rocío Maud Mondragón Casco, médica egresada de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva, Facultad de Ciencias Médicas, UNAN-MANAGUA.

El trabajo fue realizado por la autora responsablemente, con iniciativa, y creatividad, con compromiso institucional ella utilizó los datos del trabajo que realiza como parte de sus actividades laborales.

Entre los resultado se destacan: Un alto porcentaje de las mujeres con lesiones precursoras de cáncer cervico uterino presentaban VPH, por lo cual se requiere realizar una activa campaña educativa para que las mujeres se realicen su PAP con frecuencia y que eviten las prácticas de riesgo y tener una vida sexual saludable y sin riesgos futuros

Felicito a la autora y les insto a la presentación del trabajo a las autoridades que puedan utilizar los resultados, además de entregar un ejemplar del informe a la institución que facilito la información para su monografía.

Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular, UNAN-MANAGUA

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar los factores de riesgos asociados al desarrollo de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino, en octubre a diciembre 2,006.

El presente estudio fue de tipo observacional analítico de casos y controles. La muestra fue no probabilística por conveniencia para los 123 casos correspondiendo a todas las mujeres cuyo reporte citológico determinó lesiones precursoras de cáncer cervicouterino y 123 controles. Los criterios de selección fueron para los casos pacientes con reporte citológico con presencia de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo y alto grado y los controles con reporte citológico normal.

Entre los resultados mas importantes se destacan:

Los tipos de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino de las mujeres del estudio demostraron mayor frecuencia de VPH con un 43.09 %, NIC II 32.52 %, NIC III 18.7 % y NIC I 5.69 %. En cuanto al nivel de escolaridad (OR 0.26, IC 0.13 - 0.50, Ch2 19.70, P 0.0000091). La ocupación de las mujeres del estudio demostraron (OR 0.53, IC 0.30- 0.95, Ch2 5.25, P 0.0219113). La menarca predomino en las mujeres mayores de 12 años con el 65.6 % para los casos y el 82.4 % para los controles. (OR 2.46, IC 1.31- 4.65, Ch2 9.07, P 0.0026001). El uso de anticonceptivos (OR 8.55, IC 4.64- 15.84, Ch2 59.09, P 0.00000000). Números de partos vaginales, (OR 2.67, IC 1.54- 4.65, Ch2 13.89, P 0.0001940). La frecuencia de PAP, en las mujeres del estudio, (OR 9.72, IC 1.23- 208.13, Ch2 6.72, P 0.00955558) En relación a la citología para VPH positivos, (OR 3.46, IC 1.97- 6.10, Ch2 21.71, P 0.0000032) Los antecedentes no patológicos como factores de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras; las mujeres demostraron que fuman, (OR 2.61, IC 1.48- 4.61, Ch2 12.72, P 0.0003617)

Las principales recomendaciones fueron:

- Realizar campañas con estrategias integradas de promoción de la salud, educación y prevención como una necesidad para el diagnóstico de lesiones tempranas del cáncer cervicouterino.
- Desarrollar programas nacionales de control del cáncer, con miras a reducir la incidencia de las neoplasias malignas y la mortalidad que provocan, mejorar la calidad de vida y reducir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino.
- Implementar tamizajes periódicos de citología cervical para realizarse en poblaciones con bajos recursos y dirigidos a grupos etáreos específicos (20 – 64 años) que posibiliten el hallazgo temprano de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.
- Sensibilizar a las mujeres de la importancia de la toma de la citología cervical, debido a la baja cobertura que existe en el sistema de salud, recalando la importancia que tiene en la calidad de vida de las mujeres, comprometiéndose como sistema de salud a brindar una atención integral y personalizada a cada mujer que acuda a realizarse el PAP.
- Impulsar una búsqueda oportuna de atención ante la presencia de signo de alertas, por parte del MINSA en coordinación con líderes comunitarios, con la adecuada capacitación del personal de salud y líderes comunitarios, sobre cáncer cervicouterino y salud sexual reproductiva

Las principales beneficiarias fueron las mujeres que participaron en el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino, de las cuales es importante informarles sobre los factores de riesgo del cáncer y la calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo, con medio millón de casos nuevos cada año (Ferlay et al., 2000). El tamizaje mediante el examen de un frotis cervical, más el adecuado tratamiento de seguimiento, pueden lograr grandes reducciones de las tasas de incidencia y mortalidad (Miller et al., 1990). El frotis puede revelar anomalías citológicas que indican la presencia de una lesión.¹⁴

Nicaragua tiene una de las mayores tasas de cáncer cervical de América Latina y el mundo. De acuerdo a datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, Nicaragua tiene una de las tasas más altas en mortalidad por Cáncer Cervical. Cada año mueren 300 mujeres por esta causa. A pesar que es una enfermedad curable si se detecta a tiempo. ¹⁴

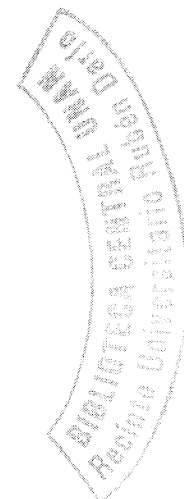
El método más ampliamente usado para el diagnóstico temprano y oportuno de esta neoplasia es un método desarrollado inicialmente hace más de 60 años, no es doloroso, es fácil de efectuar y tiene una alta efectividad a un costo relativamente bajo. Es la citología exfoliativa cervicovaginal (o frotis cervicovaginal o prueba de Papanicolaou).¹⁶

El tamizaje por medio del examen de Papanicolaou es una manera de detectar en forma efectiva neoplasias cervicales intraepiteliales en su fase temprana y prevenir la morbilidad y la muerte asociada con los estadios tardíos del cáncer de cérvix. El examen de Papanicolaou permite identificar a las mujeres que requieren un seguimiento y tratamiento pero el examen pierde su valor si no se cuenta con el sistema de referencia adecuado. ¹⁶

El cáncer cervical es una enfermedad que afecta desproporcionadamente a mujeres pobres debido a su creciente vulnerabilidad a la infección del Virus del Papiloma Humano, baja calidad del tamizaje, y posiblemente a una débil respuesta a la infección del VPH debido a su estatus nutricional. ⁸

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas de salud más graves en la mujer. Las muertes por cáncer en mujeres latinoamericanas son causadas por cáncer invasor del cuello de útero. El cáncer de cérvix es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres, seguido por cáncer de mama. ⁴

La muerte por cáncer del cuello de la matriz puede ser reducida en forma notable con programas de control establecidos a nivel local. Estos programas deben estar integrados en todos los distintos niveles de atención a la población. El contacto primordial debe ser en el primer nivel de atención, Centros de Salud y Centros Comunitarios, donde debe efectuarse la toma de la muestra. El conocimiento de la evolución de la historia natural del cáncer de células escamosas es importante para desarrollar un programa de control. ¹²



ANTECEDENTES

Cada año se diagnostican unos 500 mil casos nuevos de este mal, conocido como cáncer de cérvix, de los cuales aproximadamente mueren 230 mil al año. De esas defunciones, al menos el 80 por ciento ocurre en países en desarrollo, según Organización Mundial de la Salud (OMS). Mundialmente, este mal es la segunda forma de cáncer más común en mujeres (después del cáncer de mama o seno); y en países en desarrollo, es la principal causa de muerte de Cáncer en este sexo.¹⁶

El examen de Papanicolaou permite identificar las mujeres que requieren un seguimiento y tratamiento, pero el examen pierde su valor si no se cuenta con el sistema de referencia adecuado. La postergación de la citología puede perjudicar la salud de la mujer, ya que a través de ella puede ser detectado el mal en condiciones precancerosas (displasia). Es decir, una consulta ginecológica a tiempo puede prevenir la proliferación de este mal que puede llegar a cáncer invasor. ¹²

En los países industrializados, la incidencia del cáncer cervical y la mortalidad asociada a éste han disminuido considerablemente gracias a los exámenes de Papanicolaou y a las biopsias, y al posterior tratamiento de la displasia cervical. La efectividad de este enfoque se basa en un nivel de infraestructura relativamente alto, el que no es fácil de implementar ni menos mantener en los países en desarrollo. Incluso en América Latina, donde los programas con exámenes de PAP ya existen desde hace algún tiempo, a la fecha no ha habido resultados significativos en la prevención del cáncer cervical. A menudo, los programas de detección con exámenes de PAP no han funcionado de manera adecuada en mujeres mayores, que son las que presentan el mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical. ¹⁶

Con frecuencia la calidad y cobertura del examen de PAP son bajas. Por otro lado, incluso para los países de ingreso medio, puede constituir un desafío la organización de programas para identificar, tratar y controlar adecuadamente a aquellas mujeres que ya presentan lesiones. Además, los exámenes de Papanicolaou en sí presentan defectos: no se puede alcanzar una alta especificidad en las pruebas de PAP sin reducir su sensibilidad. ¹²

Con el objetivo de tratar estas limitaciones, se están evaluando nuevos métodos para la detección del cáncer cervical, entre los que se incluyen la inspección visual, la detección automatizada de muestras de PAP, los métodos alternativos de toma de muestras y los protocolos que usan pruebas de VPH. ⁸

Un estudio llevado a cabo en México reveló que las mujeres que habían tenido previamente una experiencia positiva con los servicios de salud se mostraban más dispuestas a solicitar servicios de detección. En áreas donde los programas de detección tienen baja cobertura, podría ser beneficioso centrarse en mejorar la calidad de la atención con el fin de incrementar el uso de los servicios de detección. ²

Otros investigadores están evaluando la posibilidad de que usar los métodos de autotoma de muestras en lugar de realizar un examen pélvico podría hacer que la detección del cáncer cervical tuviera mayor aceptación entre las mujeres. La mujer puede tomarse las muestras en su hogar, lo que le garantiza más privacidad y menos dolor y vergüenza. ⁴

Los estudios al respecto han revelado que el bajo nivel de información, sumado a una mala comunicación entre las pacientes y los proveedores de salud contribuyen a generar múltiples consecuencias negativas a nivel psicológico (entre las que se incluyen el trastorno emocional, la incertidumbre y la percepción de incapacidad) en aquellas mujeres que presentan un frotis cervical anormal. ^{4,6}

Las investigaciones han demostrado que estas consecuencias psicológicas se traducen en que las mujeres con un PAP anormal se demoren en buscar tratamiento médico o definitivamente no lo hagan. Las intervenciones clínicas que fomentan y promueven estrategias que ayuden a sobrellevar el problema tales como la aceptación, la relajación y la diversión pueden ayudar a disminuir los trastornos psicológicos que se asocian a la experiencia de obtener un frotis cervical anormal. ^{4, 17,18}

Aumentar la disponibilidad de obtener mejor material informativo y de educación a través de diversos canales podría ayudar a reducir la ansiedad y el estrés que experimentan las mujeres al recibir un PAP de resultado positivo. Entre las estrategias de intervención exitosas para promover los exámenes de detección del cáncer cervical, se cuentan las campañas en los medios de comunicación, programas de extensión, unidades móviles de atención, y cartas personalizadas dirigidas a la población de pacientes. ⁴

Resultados de un estudio reciente en colaboración con el ICAS en Nicaragua y Perú, reveló que existen una serie de factores que van desde la pésima calidad con que se ejecutan los programas de detección temprana en todos sus niveles y sectores, sea este público, privado o de la seguridad social, hasta una insuficiente e inadecuada capacitación al personal, sumado a la falta de recursos humanos, de información clínica, y una pobrísima supervisión y seguimiento a casos en los centros de detección. ¹²

Para empeorar, se encontraron hasta distintos criterios de diagnóstico y de clasificación. En todos los casos, el problema principal nace de la total ausencia de un ente gubernamental regulador y responsable de enfrentar la mala calidad de todo el proceso de toma y análisis de la citología cervical. ¹³

Tales problemas no son exclusivos de Nicaragua y Perú, estos se presentan en distintos grados en todos los países latinoamericanos y también se han identificado en países desarrollados muy recientemente. Todos tenían algo en común: la mala calidad en el proceso de la toma de la citología y su análisis como el corazón del problema.¹²

Nicaragua tiene una de las mayores tasas de cáncer cervical de América Latina y el mundo. En 2003, Clínica de Mujeres/Cooperativa María Luisa Ortiz, el programa Ginecobono y el Ministerio de Salud nicaragüense (MINSA) unieron sus esfuerzos para extender un nuevo programa de prevención de cáncer cervical a la remota y marginada Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua. Esto permitió crear una eficiente red rural remota, un sistema nacional de planificación estratégica y una unidad de citología centralizada en la ciudad capital de Managua para el control de la calidad y el tratamiento coordinado de las pacientes. Para la evaluación de estos programas se tomaron los datos archivados de las pruebas citológicas de Papanicolaou, los expedientes de seguimiento, las historias clínicas y los informes de patología.^{4, 14}

Las pacientes se estratificaron en dos grupos según su edad (menores de 25 años y de 25 años o más). Los indicadores para caracterizar los componentes clave del seguimiento se adaptaron a partir de las sugerencias de un grupo de trabajo de la Organización Panamericana de la Salud.⁷

Se realizaron la prueba de Papanicolaou a un total de 2,132 mujeres. De ellas, 1,448 (68%) tenían 25 años o más y 684 (32%) eran menores de 25 años. En total, 3,7% de las mujeres de 25 años o más y 0,4% de las menores de 25 años presentaron alteraciones citológicas mayores.⁷

La proporción de mujeres con alteraciones mayores que recibieron seguimiento diagnóstico y necesitaron tratamiento fue de 94% en las mayores de 25 años y de 100% en las menores de 25 años. En 68% de las mujeres cuyas pruebas de Papanicolaou mostraron células escamosas de alto grado de atipia se confirmó histológicamente la enfermedad. El número de casos con enfermedad preinvasora fue 1,9 mayor que el de enfermedad invasora. La tasa de detección de cáncer invasor fue de 0,62%.^{6, 9, 11}

Los resultados obtenidos por este programa demuestran que se puede llegar a las mujeres de bajos recursos que viven en lugares remotos, realizar el pesquiasaje citológico con pruebas de calidad y lograr altas tasas de seguimiento diagnóstico y de tratamiento. Para ello es necesario realizar esfuerzos coordinados que permitan eliminar las barreras existentes y garantizar la calidad del pesquiasaje.^{12, 13, 15, 17}

En el marco de la Alianza Nacional para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, el Centro de Mujeres IXCHEN ejecuta el Programa Sectorial para la Prevención y Atención del Cáncer Cervicouterino. Luego de una exitosa experiencia demostrativa con Unidades Móviles en la cual se realizaron 5,296 citologías en 25 municipios de los departamentos de Managua, Matagalpa y Masaya, da inicio a una nueva etapa en la que se ha ido aumentando paulatinamente la cobertura en comunidades de difícil acceso en 8 SILAIS, las que previamente han sido seleccionadas con organizaciones locales y del Ministerio de Salud con criterios previamente establecidos en la propuesta del Programa Sectorial. 14

La experiencia de los primeros seis meses de ejecución del programa, motivó el Decreto Ministerial número 234-06 en donde se aprueba dicho Acuerdo aprobando el Programa Sectorial para la prevención del Cáncer Cervicouterino el cual preserva los lineamientos del Plan Nacional de Salud. 14

JUSTIFICACION

En Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan posterior a los 50 años; estos casos representan el 9.0% de las causas de muertes en las mujeres correspondiéndoles al cáncer cervicouterino el 20.0% en este campo; este tipo de cancer tiene una tendencia al incremento por una baja cobertura de la citología, la cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. La mortalidad por cancer en mujeres se debe en el 45.0% de los casos, al cancer Cervicouterino. 14

El empleo de la prueba del PAP ha reducido las muertes, causa de cáncer cervical en más del 50%, ya que permite reconocer y tratar la neoplasia en una fase preinvasiva. El cáncer cervical podría eliminarse como causa de muerte si todas las mujeres se sometieran a una prueba anual; desgraciadamente solo lo realizan menos del 40% de ellas. 14

Otros factores que inciden en la baja participación de las mujeres en los programas de detección del cáncer cervical son: la falta de información acerca de cuándo es recomendable hacerse el Papanicolaou y qué beneficios tiene; el desconocimiento sobre el cáncer cervical y los riesgos asociados; el temor a exponerse a una situación vergonzosa, a sentir dolor o a presentar la enfermedad; la ansiedad que puede provocar el resultado anormal del examen, y el poco conocimiento acerca de los procedimientos de detección del cáncer cervical. 18, 19,20

Es por eso que debe considerarse como prioridad a las poblaciones que en general tienen mayor problema de acceso a los servicios de salud, garantizándoles integralidad y comportamiento saludables. Además es importante fortalecer las acciones preventivas para la detección oportuna y actualización del personal de salud en los conocimientos de detección y atención oportuna del cáncer cervicouterino con el fin de incidir en la mortalidad por esta causa. 14

Es de vital importancia crear una conciencia y sensibilización social, tanto a mujeres como hombres sobre la importancia de la detección temprana para asegurar la mayor cobertura posible de atención.

El presente trabajo tiene como finalidad identificar los factores de riesgos asociados al desarrollo de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, inicio de vida sexual activa temprana, baja escolaridad, paridad, entre otros, la importancia de la detección oportuna con la toma de la citología cervical y la adecuada información a las mujeres y hombres para la promoción de estilos de vidas saludables con enfoque integral.

Siendo las beneficiarias principales las mujeres en edad fértil que han participado en las unidades móviles del programa sectorial para la prevención del cáncer cervicouterino y sus familias por el apoyo que les han brindado para ellas poder tener una vida saludable.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Ministerio de Salud en el 2,002 reportó tasas de muerte por cancer cervicouterino en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, la cual supera el doble de las tasas por mortalidad materna el 6.5 por cien mil mujeres mayores de 15 años. La tasa de mortalidad por cancer cervicouterino en mujeres de 35 y mas para el año 2,003 era de 28 por cien mil mujeres en edad fértil y se espera que en 2,005 las mismas no sufran variaciones pero se ha planteado como meta que esta reduzca a 27.4 en el 2,010 y a 24.3 por cien mil mujeres en edad fértil en el 2,015. ¹⁴

Los Factores de Riesgo, son considerados como las diversas circunstancias, acciones, actividades, hábitos que contribuyen a producir un daño, ya sea esta solo una simple posibilidad hasta poder tener altos grados de probabilidad.^{16, 17}

A pesar de que en la actualidad se sabe que el diagnóstico precoz de las alteraciones cervicovaginales (por ende del cáncer) aumenta considerablemente la eficacia del tratamiento, esta medida no se toma en cuenta como una prioridad por la población. Aún conociéndose muchos de los factores de riesgo que condicionan el hallazgo de algún tipo de alteración cervicovaginal o de cáncer, y sabiendo que no cursan en su mayoría con sintomatología sino hasta cuando ya es muy tarde. Por lo que el diagnóstico precoz de alteraciones cervicovaginales y del cáncer comprende dos actividades principales: la educación y la detección. ^{18, 19,20}

Entre los factores de riesgos encontrados del estudio se obtuvieron los siguientes datos: edad < 50años, uso de anticonceptivos, antecedentes de ITS, número de gestas, edad temprana del primer embarazo entre otras.

El programa sectorial para la prevención y atención del cáncer cervicouterino, atendió en el ultimo trimestre 4,869 mujeres entre las cuales realizaron 3,368 citologías cervicales, de las cuales salieron 123 con lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

Por todo lo anterior se realizo la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores de riesgos asociados al desarrollo de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino, de octubre a diciembre 2,006?

OBJETIVOS GENERAL

Identificar los factores de riesgos asociados al desarrollo de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino, en octubre a diciembre 2,006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar demográficamente a las usuarias bajo el presente estudio.
2. Conocer los antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en estudio.
3. Identificar los antecedentes no patológicos de las mujeres del presente estudio
4. Describir los tipos de lesiones intraepiteliales escamosas del cuello uterino, según el sistema de Bethesda, mas frecuentes de las mujeres en estudio.

MARCO TEORICO

ANATOMÍA DEL ÚTERO 6, 9,11

Es un órgano muscular, extraperitoneal, situado en la pelvis menor de la mujer, que cuando adopta la posición en anteversión se apoya sobre la vejiga urinaria por delante, estando el recto por detrás.

Está recubierto parcialmente por peritoneo en el fondo uterino, en su porción más posterosuperior. Por los lados presenta los ligamentos redondos y por delante a la vejiga.

El útero está formado por dos regiones principales que son:

El cuerpo uterino, al que están unidas por los lados las trompas de Falopio. Está separado del cuello uterino o cérvix por el istmo uterino.

El cuello o cérvix uterino que tiene una porción supravaginal donde se encuentra el canal endocervical y otra intravaginal que se visualiza en la colposcopia.

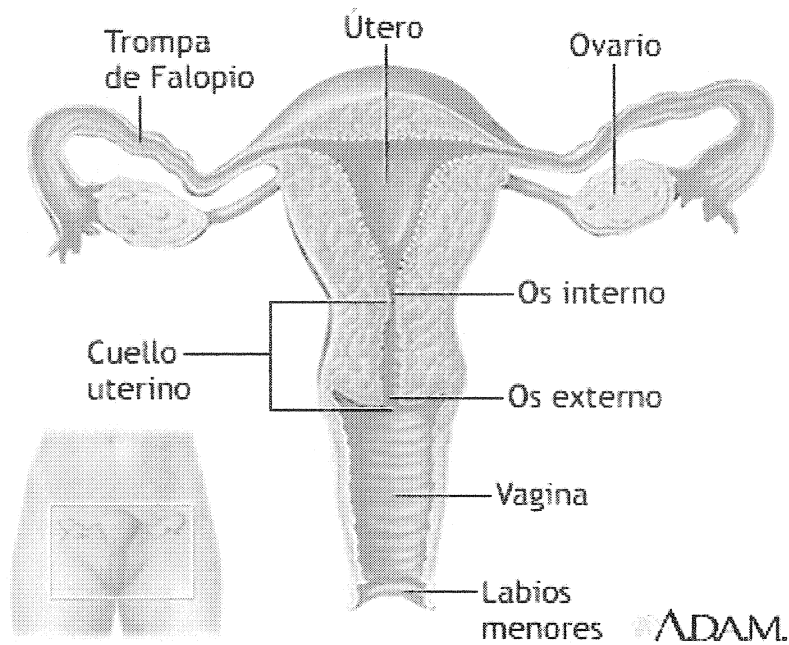
La pared del útero presenta a la sección tres capas de células que son de fuera a dentro:

Serosa, que corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y a tejido laxo que se extiende por los lados en los parametrios. Miometrio, formado por tejido muscular liso. Endometrio, que es una capa mucosa especializada que se renueva en cada ciclo menstrual.

El útero está irrigado por las arterias uterinas, ramas de la arteria hipogástrica.

El drenaje linfático se dirige principalmente a los ganglios linfáticos ilíacos internos y externos, hacia los paraórticos

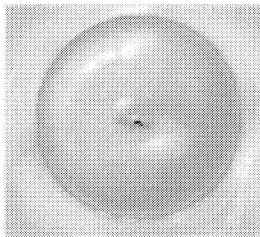
Es el cuello del útero que tiene forma de cono y protruye en la vagina. Mide cerca de un centímetro de largo y es atravesado por el canal cervical (el os), el cual permite el paso del flujo menstrual y del feto desde el útero hacia la vagina y el paso del semen de la vagina al útero.



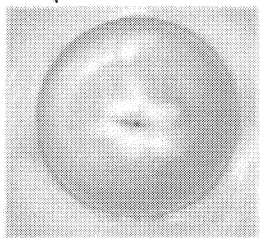
Las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década y el cáncer in situ en la cuarta década de la vida, en tanto que el cáncer infiltrante aparece hacia los 45 años de edad.

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del carcinoma cervical, algunos participan en forma aislada o en conjunto en la inducción de la transformación neoplásica sobre grupos de células susceptibles, otros serían cocarcinógenos y otros más actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad. 8, 12, 13, 15,19

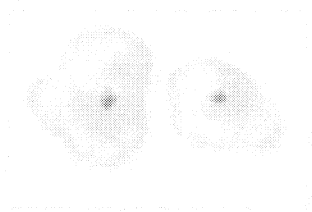
Cuello uterino normal



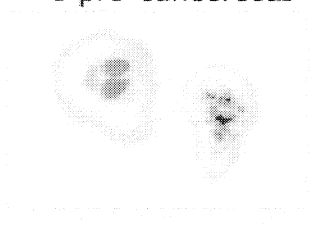
Displasia cervical



Células cervicales normales



Células cervicales cancerosas o pre-cancerosas



ADAM.

La zona de transformación del cuello uterino es susceptible a ciertas alteraciones genéticas que pueden ser generadas a través de la acción específica de diversos agentes, con los que se llevaría a cabo el proceso carcinogénico.

FACTORES DE RIESGOS

8, 12, 13, 15,19

Los Factores de Riesgos, son considerados como las diversas circunstancias, acciones, actividades, hábitos que contribuyen a producir un daño a nivel del tejido cervicouterino. Aunque se ignora la causa del cáncer Cervico-uterino se reconocen ciertos factores de riesgo dentro de los cuales se mencionan:

- Edad
- Inicio de la relaciones sexuales
- Múltiples compañeros sexuales
- Comportamiento sexual del hombre
- Número de Gestaciones
- Número de Abortos / legrados
- Uso de Anticonceptivos
- Antecedentes familiares
- Enfermedades de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Higiene local defectuosa
- Desnutrición
- Déficit de folatos y vitamina A y C
- Otras Neoplasias ginecológicas
- Raza negra
- Trauma cervical
- Exposición in útero de estrógenos.
- Inmunodeficiencias.
- Factores masculinos (cáncer de pene, antecedentes de compañeras sexuales con cáncer de cérvix).

Edad

La edad persé, no constituye un factor de riesgo, pero esta relacionado con otros eventos como el inicio de la actividad sexual y la edad del primer parto; por lo que, el cáncer de cérvix cada vez afecta a mujeres más jóvenes, en México se presentan casos en mujeres de 25 años.

CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA Y CULTURAL

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren.

La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna.

Benia y Tellecha, en Uruguay, informaron que más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

En varios estudios se ha demostrado que en Estados Unidos las mujeres de ascendencia hispánica o africana tienen más riesgo de adquirir VPH y experimentar lesiones premalignas y malignas del cuello uterino; sin embargo, este aspecto de raza es más un marcador de riesgo que un evento causal por sí mismo, en la medida que las poblaciones con este antecedente son más pobres y tienen conductas de mayor riesgo que sus contrapartes caucásicas.

EDUCACIÓN EN SALUD

Lindau y cols. Encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria para mujeres que aquellas con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud.

Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado.

De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, además de las propiamente administrativas, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y planteen que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias.

ROL QUE PERCIBE LA MUJER DE SU FEMINIDAD

Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas.

Lamadrid plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío.

FACTORES ASOCIADOS CON LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especímenes adecuados de citología exfoliativa, 59 altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, 60 y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; 12 es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales.

Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

ACCESO.

Se define como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En investigaciones realizadas en México se ha demostrado que las mujeres que se encuentran incluidas en los programas de control prenatal, de planificación familiar y las que en general utilizan los servicios de salud son la población mayormente cautiva para la toma de la citología cervicovaginal; lo mismo demuestran los estudios efectuados en Estados Unidos, donde la mayor demanda de este servicio se presenta en usuarias que padecen enfermedades crónicas, o como el caso de Singapur, donde la demanda está condicionada por la motivación de un profesional de la salud. Esto está en consonancia con el hecho de que la mortalidad por cáncer de cuello uterino es más elevada en las mujeres cuyo acceso a los servicios de salud es limitado.

DEMANDA INDUCIDA

Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control. Por esta razón se debe sensibilizar al personal de salud que el tamizaje para la detección temprana de cáncer de cuello uterino se realice de manera oportunista y no espontánea, es decir, que la mayor prevalencia de utilización de los servicios de salud se observe en pacientes que utilizan ciertos servicios de salud y en quienes se debe aprovechar el momento para su realización.



Dentro del manejo del programa es importante incentivar y orientar a la población hacia el servicio, por esto es fundamental que los profesionales que intervienen frente a la norma técnica dispongan de un alto grado de pertinencia científica.

PERTINENCIA TÉCNICA Y CIENTÍFICA

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales. Dentro del conocimiento de los profesionales que intervienen en la norma técnica se destacan la actualización, la capacitación y la educación médica continuada.

Es importante además que los programas de educación concuerden con la realidad epidemiológica del país, así como con las políticas y programas nacionales de salud.

Otro aspecto es la falta de sensibilidad de los médicos para enfocarse en que el servicio se debe orientar hacia la búsqueda activa de los casos donde es fundamental definir la competencia laboral relacionada con el conocimiento, la actitud y las habilidades de realización que todo profesional debe tener frente a la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino, ello permitiría un alto grado de flexibilidad y réplica en el proceso educativo según los participantes y su campo de acción.

OPORTUNIDAD

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

Estudios realizados en México muestran que las mujeres incrementan la utilización de la prueba en presencia de algún síntoma ginecológico como infección. Un estudio adelantado por el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México, encontró mayor satisfacción en las mujeres que se habían practicado el examen en instituciones privadas frente a las entidades públicas.

Una de las características que definitivamente más impacta en la percepción de las usuarias frente a la calidad de algún servicio de salud es el tiempo que tienen que esperar para recibirlo. En un estudio se encontró el caso que la oportunidad o tiempo de espera para la toma de la citología en la institución pública fue de quince minutos a dos horas y el tiempo para la entrega de los resultados de dos a tres meses, mientras que en la privada fue de 5 a 40 minutos, con tiempo para la entrega de los resultados de ocho a quince días.

Es tan importante la oportunidad como atributo de la calidad, que da argumentos al cliente como para no recomendar el servicio, pasando por encima de otros como la amabilidad y la misma pertinencia científica o competencia profesional.



ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA 8, 12, 13, 15,19

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

El inicio de las relaciones sexuales a edad temprana, promiscuidad femenina, compañeros sexuales masculinos denominados de alto riesgo y clase socioeconómica baja. Esta asociación esta basada en hallazgos experimentales que han demostrado que los espermatozoides de estos sujetos presentan mayor contenido de protaminas, que favorecen la penetración de agentes virales a las células susceptibles del cuello uterino con lo que se iniciaría la oncogénesis. 8, 12, 13, 15,19

El inicio precoz de las relaciones sexuales y el primer embarazo a temprana edad aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino. Las células del cuello uterino se transforman rápidamente durante la adolescencia, lo cual las hace susceptibles ha cambios preneoplásicos. Se ha visto que el mayor riesgo se presenta en las mujeres que inician su actividad sexual antes de los 18 años, este riesgo aumenta hasta 4 veces.

GESTACIÓN.

Los cambios proliferativos del cervix que acompañan al embarazo tienen un efecto promocional para el desarrollo de esta neoplasia, sobre todo la multiparidad y el primer embarazo a término antes de los 15 años. 8, 12, 13, 15,19

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.

EDAD DEL PRIMER PARTO

Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

PARTOS VAGINALES

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical.

En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29).

La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.

No hay evidencias definitivas en la relación del uso de anticonceptivos orales y el cáncer cervical; pero existen algunos datos estadísticos que demuestran que el uso prolongado de anticonceptivos orales (más de 5 años) incrementa el riesgo de cáncer cervical, debido a que puede facilitar la persistencia de infecciones por VPH.

MÉTODOS DE BARRERA

Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

8, 12, 13, 15, 19

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Clamidia trachomatis* o herpes simple.

En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. 8, 12, 13, 15, 19

Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, 21 con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.

AGENTES INFECCIOSOS.

La estrecha relación entre cáncer cervico-uterino e infecciones virales se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del virus del papiloma humano (VPH) entre 75% y 100 % de pacientes con displasia, cáncer invasor y condiloma. Se han identificado alrededor de 70 tipos de VPH siendo los más frecuentes en tracto genital femenino 6, 11, 41, 42, 43 y 44 considerados de bajo riesgo y asociados a condiloma ordinario; 31, 33, 35, 39, 51 y 52 considerados como de grado intermedio; 16 catalogado como de alto grado y los tipos 18, 45 y 56 como de muy alto grado; estos cuatro últimos tipos son los más comunes asociados a condiloma atípico, displasias y cáncer de cérvix. Virus de Herpes tipo 2: Su relación con lesiones precursoras y cáncer de cérvix se basan en estudios sero-epidemiológicos que demuestran elevación de títulos de anticuerpos contra Herpes Virus hasta en el 40% de las mujeres con estas patologías. 8, 12, 13, 15, 19

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES. 8, 12, 13, 15, 19

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.

Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar.

Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y este estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical, visita frecuentemente a prostitutas y nunca utiliza condón.

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS

AGENTES QUÍMICOS DEL TABACO.

Por efecto directo de sus cancerígenos en las células epiteliales del cérvix; por disminución de células de Langerhans y como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales. El riesgo se incrementa en función de la cantidad y el tiempo de duración del hábito de fumar. 4

Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, 45 aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que sea sumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; 28 con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino

DIETA

Mujeres cuya dieta es pobre en frutas y vegetales tienen más riesgo de desarrollar cáncer cervical, por la deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E.

DETECCIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE LAS LESIONES PRECANCEROSAS.

El estudio de citología cervical (Papanicolaou) es el método de elección para la detección oportuna de la infección por el VPH, las lesiones precancerosas, y establecer el tratamiento correcto y oportuno.

PRUEBA DE PAPANICOLAOU

La prueba de Papanicolaou (también conocida como la prueba PAP o examen de citología) es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina. Esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales, o cáncer.

En un examen pélvico, el médico palpa el útero (matriz), la vagina, los ovarios, las trompas de Falopio, la vejiga y el recto, con el propósito de encontrar cualquier anomalía en su forma o tamaño. Durante el examen pélvico, se utiliza un instrumento conocido como espéculo para ensanchar la vagina de tal manera que la parte superior de la vagina y el cuello uterino puedan ser vistos.

La prueba de Papanicolaou y el examen pélvico forman parte importante del cuidado de la salud rutinario de una mujer, ya que con ellos se pueden detectar anomalías que pueden conducir a cáncer invasor. Estas anomalías pueden ser tratadas antes de que el cáncer se desarrolle.

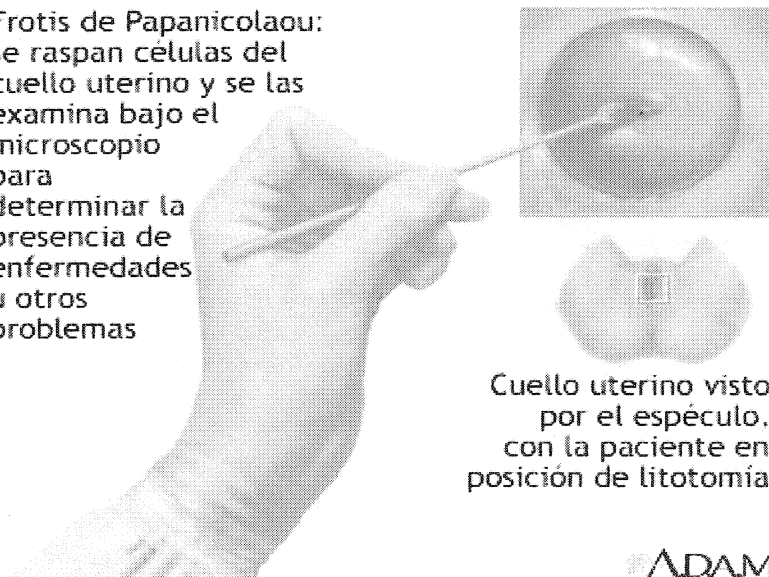
La mayoría de los cánceres invasores del cuello del útero se pueden prevenir si la mujer se hace pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos con regularidad. Además, al igual que otros tipos de cáncer, el cáncer del cuello del útero puede ser tratado con mayor éxito cuando se detecta temprano.

La prueba de Papanicolaou es simple, rápida y no causa dolor; puede realizar prueba, se saca una muestra de células de adentro y de alrededor del cuello del útero con un raspador de madera o un cepillo cervical pequeño. El espécimen (muestra) se pone en una lámina de vidrio o se lava en líquido fijador y se envía a un laboratorio para que sea examinado.

Recomendaciones:

- Evitar duchas vaginales 48 horas antes.
- Evitar uso de cremas ú óvulos una semana antes del examen.
- Abstenerse del coito 24 horas antes.
- No emplear lubricante en el espéculo.
- La muestra debe incluir endo y exocervix con isopo y espátula de ayre. Girar la espátula en sentido de las manecillas del reloj 360 grados con firmeza contra el cuello.
- Colocar en el portaobjeto, aplicar fijador a una distancia de 23 a 30 cm.

Frotis de Papanicolaou:
se raspan células del
cuello uterino y se las
examina bajo el
microscopio
para
determinar la
presencia de
enfermedades
u otros
problemas



Cuello uterino visto
por el espéculo.
con la paciente en
posición de litotomía

ADAM.

Quién debe hacerse la prueba de Papanicolaou

Las mujeres que son o han sido sexualmente activas, o mayores de 18 años, deben hacerse pruebas de Papanicolaou y exámenes físicos con regularidad. Sería bueno que las mujeres consulten a su médico acerca de la frecuencia con que deben hacerse estos exámenes.

No se sabe de una edad en la que la prueba de Papanicolaou deja de ser eficaz. Las mujeres mayores deben seguir haciéndose exámenes físicos con regularidad, entre ellos el examen pélvico y la prueba de Papanicolaou. Las mujeres que han tenido resultados consistentemente normales en la prueba de Papanicolaou podrían preguntarle al médico con qué frecuencia deben hacerse la prueba de Papanicolaou.

Las mujeres que han tenido una histerectomía (cirugía en la que se extrae el útero, incluyendo el cuello del útero) deben consultar con su médico acerca de si tienen que seguir haciéndose pruebas de Papanicolaou con regularidad. Si la histerectomía se llevó a cabo debido a una condición precancerosa o cancerosa, tendrán que seguir sacándose muestras del final del canal vaginal para determinar cambios anormales. Si el útero (incluyendo el cuello del útero) ha sido extraído debido a una condición no cancerosa como fibroides, las pruebas de Papanicolaou rutinarias pueden no ser necesarias. Sin embargo, sigue siendo importante que la mujer continúe teniendo exámenes ginecológicos con regularidad como parte del cuidado de su salud.

Cuándo debe realizarse la prueba de Papanicolaou

Una mujer debe hacerse esta prueba cuando no esté menstruando; el mejor momento es entre 10 y 20 días después del primer día del período menstrual. Dos días antes de la prueba de Papanicolaou, la mujer debe evitar el lavado vaginal o usar medicamentos vaginales o espumas, cremas o gelatinas espermicidas (excepto cuando sea indicado por el médico).

Resultados anormales de la prueba

Un médico podría tan solo describir los resultados de la prueba de Papanicolaou como "anormales". Las células en la superficie del cuello del útero a veces se ven anormales pero no son cancerosas. Es importante recordar que las condiciones anormales no siempre se convierten en cáncer y, algunas condiciones pueden ser más graves que otras. Es aconsejable que la mujer le pida al médico información específica acerca del resultado de su prueba de Papanicolaou y lo que éste significa.

Existen varios términos que se pueden utilizar para describir los resultados anormales.

- Displasia es un término utilizado para describir células anormales.
- La displasia no es cáncer, aunque se puede convertir en cáncer temprano del cuello del útero. Durante la displasia, las células cervicales sufren una serie de cambios en su apariencia. Las células aparecen anormales en el microscopio, pero no invaden los tejidos saludables de alrededor. Existen tres grados de displasia, clasificados como leve, moderado o grave, dependiendo de qué tan anormales se vean las células en el microscopio.



- Lesión intraepitelial escamosa (SIL, por siglas en inglés) es otro término que se utiliza para describir cambios anormales de las células en la superficie del cuello del útero. La palabra escamosa describe las células que son delgadas, planas y yacen en la superficie de afuera del cuello del útero. La palabra lesión se refiere a tejido anormal. Una lesión intraepitelial significa que las células anormales están presentes solamente en las capas superficiales de las células. Un médico puede describir una lesión intraepitelial escamosa como de grado bajo (cambios tempranos en el tamaño, forma y número de células) o de grado alto (un número grande de células precancerosas que tienen una apariencia bastante diferente a la de las células normales).
- Neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por siglas en inglés) es otro término que se utiliza a veces para describir células anormales. Neoplasia significa un nuevo crecimiento anormal de células. Intraepitelial se refiere a las capas superficiales de las células. El término neoplasia intraepitelial cervical, junto con un número (del 1 al 3), describe qué tanto del cuello del útero contiene células anormales.
- Carcinoma in situ describe un cáncer pre-invasor que involucra solamente las células superficiales y no se ha extendido a tejidos más profundos.
- El cáncer del cuello del útero o cáncer invasor del cuello del útero, ocurre cuando las células anormales penetran con mayor profundidad el cuello del útero u otros tejidos u órganos.

¿Cómo se comparan estos términos entre sí?

La displasia leve también se puede clasificar como SIL de grado bajo o CIN 1.

La displasia moderada también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 2.

La displasia grave también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 3.

El carcinoma in situ también se puede clasificar como SIL de grado alto o CIN 3.

¿Qué significan los resultados positivos falsos y negativos falsos?

Desafortunadamente, existen ocasiones en las que los resultados de la prueba de Papanicolaou no son precisos. Aunque estos errores no ocurren muy frecuentemente, pueden causar ansiedad y pueden afectar la salud de la mujer.

Un resultado positivo falso de una prueba de Papanicolaou, ocurre cuando a una paciente se le dice que tiene células anormales cuando en realidad las células son normales. Un resultado de la prueba de Papanicolaou negativo falso ocurre cuando se denomina normal un espécimen, pero la mujer tiene una lesión. Una variedad de factores puede contribuir a un resultado negativo falso.

Un resultado de la prueba de Papanicolaou negativo falso puede demorar el diagnóstico y tratamiento de una condición precancerosa. No obstante, los exámenes de detección realizados con regularidad ayudan a compensar los resultados negativos falsos ya que si por error no se detectaron las células cancerosas en una oportunidad,

existe una buena probabilidad de que las células sean detectadas la próxima vez.

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) ha aprobado recientemente dos sistemas computarizados para volver a llevar a cabo pruebas para la detección de células anormales en las muestras de una prueba de Papanicolaou.

¿Qué sucede si los resultados de la prueba de Papanicolaou son anormales?

Si la prueba de Papanicolaou muestra una anomalía ambigua o menor, el médico podría repetir la prueba para cerciorarse de su exactitud. Si la prueba de Papanicolaou muestra una anomalía significativa, el médico entonces podría realizar una colposcopia utilizando un instrumento bastante parecido a un microscopio (llamado un colposcopio) para examinar la vagina y el cuello del útero. El colposcopio no penetra el cuerpo. También se puede realizar una prueba de Schiller. Para realizar esta prueba, el médico reviste el cuello del útero con una solución de yodo. Las células saludables se tornan color marrón y las células anormales se tornan blancas o amarillas. Estos dos procedimientos pueden realizarse en el consultorio del médico.

El médico también podría extraer una pequeña cantidad de tejido cervical para que sea examinado por un patólogo. Este procedimiento se conoce como biopsia y es la única manera de saber con certeza si las células anormales indican cáncer.

CLASIFICACION DE BETHESDA

Un nuevo método de informe, llamado el Sistema Bethesda, se desarrolló después de un taller patrocinado por el Instituto Nacional del Cáncer en 1988. El Sistema Bethesda utiliza términos descriptivos de diagnóstico en lugar de números de clases, los cuales se utilizaron en el pasado para presentar los resultados de la prueba de Papanicolaou. Este sistema de informe incluye una evaluación de suficiencia del espécimen

I.- Cantidad de la muestra:

a) Satisfactoria b) Satisfactoria, pero con elementos que dificultan el diagnóstico, por Ej.: inflamación c) insatisfactoria

II.- Diagnóstico general: a) Dentro de los límites normales b) "Otros" (debe especificarse).

III.- Diagnóstico descriptivo: a) Alteraciones secundarias a inflamación: hongos, bacterias, virus, parásitos, otros b) Alteraciones de tipo reactivo y reparativo: secundarias a inflamación c) Anormalidades epiteliales.- Escamosas:

-Células escamosas atípicas de significado incierto.

-Lesión intraepitelial escamosa: De bajo grado (especificar: NIE I -Displasia leve/alteraciones asociadas a HPV.) De alto grado (especificar: NIE II-Displasia moderada/NIE III Displasia avanzada/NIE III-CIS).

-Carcinoma escamoso.

- Glandulares:

-Células endometriales (sólo si están fuera de fase o en mujeres posmenopáusicas o en ausencia de datos clínicos).

-Células glandulares atípicas de significado incierto. (Especificar: endometriales, endocervicales, otras).

-Adenocarcinoma (especificar origen probable).

-Otras neoplasias epiteliales.

Neoplasias no epiteliales como leiomas, sarcomas, sarcoma botrioides leucemias mieloides, metástasis.

Evaluación hormonal:

-Patrón hormonal adecuado para la edad e historia

-Patrón hormonal discordante con edad e historia

-Correlación imposible de hacer.

1950-1960	1970	1980	1990
NORMAL METAPLASIA ATIPICA CARCINOMA IN SITU	NORMAL METAPLASIA ATIPICA DISPLASIA LEVE DISPLASIA MODERADA DISPLASIA SEVERA CARCINOMA IN SITU (REAGAN, J.W. CANCER 6:224.1953)	NORMAL METAPLASIA ATIPICA NIC I NIC II NIC III [RICHARD, R.M. CANCER 19: 1635,_(1966)]	NORMAL LEI BAJO GRADO LEI ALTO GRADO (BETHESDA SYSTEM 1988)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de neoplasia intraepitelial cervical. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodo-negativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la neoplasia intraepitelial cervical contiene escaso o ningún glucógeno.

DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL POR LA CITOLOGÍA

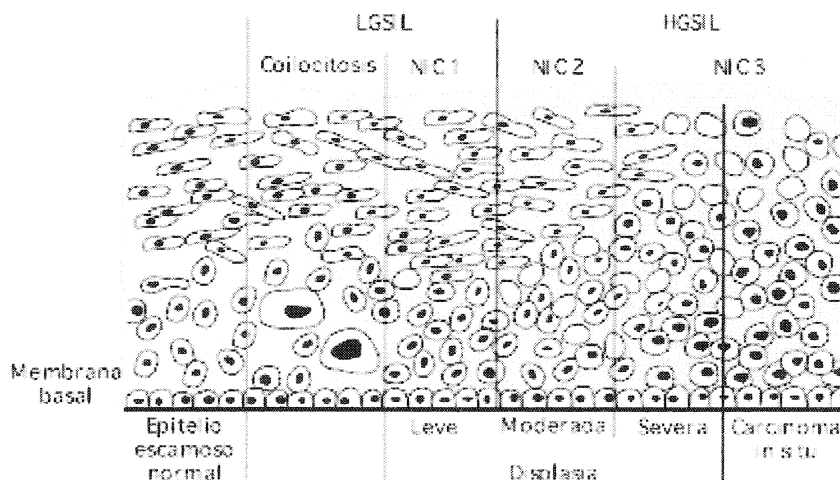
La neoplasia intraepitelial cervical puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC.

En cambio, el examen histológico de los tejidos permite examinar otras características. Evaluar citológicamente la neoplasia intraepitelial cervical basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil.

La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas.

La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Las células displásicas siempre presentan distribución irregular de la cromatina, como en grumos. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican una NIC de bajo grado (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis), mientras que la anomalía de los núcleos de células parabasales y basales indica NIC de alto grado.

El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. La experiencia del citólogo es sumamente importante en el informe final.



El grupo no está en riesgo y que no debiera ser incluido en un programa de detección por cáncer de cérvix:

- 1)- Mujeres que no han tenido vida sexual.
- 2)- Mujeres de más de 60 años que han sido sometidas a detección en el pasado y han sido encontradas continuamente negativas.
- 3)- Mujeres que han sido sometidas a histerectomía por causas benignas con remoción total del epitelio cervical.

El grupo en riesgo de cáncer de cérvix:

- 1)- Mujeres que son o han sido sexualmente activas, de más de 18 y menos de 60 años de edad.
- 2)- Mujeres con antecedentes de inicio temprano de actividad sexual.
- 3)- Mujeres que han tenido multiplicidad de compañeros sexuales.
- 4)- Mujeres cuyos compañeros sexuales regulares han tenido multiplicidad de compañeros/as sexuales.
- 5)- Mujeres de bajo nivel socio-económico.
- 6)- Mujeres con antecedentes de partos múltiples.

Asociación el Virus del Papiloma Humano con el desarrollo del cáncer del cuello del útero

Los virus del papiloma humano son virus que pueden causar verrugas. Algunos son transmitidos sexualmente y causan crecimientos en los genitales similares a las verrugas. Los científicos han identificado más de 70 tipos de virus del papiloma humano; 30 tipos infectan el cuello del útero y, cerca de 15 tipos están asociados con el cáncer del cuello del útero.

El virus del papiloma humano es un factor mayor de riesgo de cáncer del cuello del útero. De hecho, casi todos los cánceres del cuello del útero muestran evidencia de virus del papiloma humano. Sin embargo, no todos los casos del virus se convierten en cáncer del cuello del útero. Una mujer que tenga el virus del papiloma humano debe comunicarle cualquier inquietud a su médico.

¿Quién corre el riesgo de contraer la infección del Virus del Papiloma Humano?

Esta infección es más común entre los grupos de jóvenes, en particular, en las mujeres entre los 16 y 20 años de edad. Debido a que el virus del papiloma humano se propaga principalmente a través de contacto sexual, el riesgo aumenta con el número de compañeros sexuales. Las mujeres que empiezan a ser sexualmente activas a una edad temprana, que tienen compañeros sexuales múltiples y cuyos compañeros perceptibles por años después de la infección.

¿Siempre la infección con un tipo de virus del papiloma humano asociado con cáncer a una condición precancerosa o cáncer?

No. La mayoría de infecciones parecen desaparecer por si mismas sin causar ningún tipo de anormalidad. Sin embargo, la infección con tipos de virus del papiloma humano asociados con cáncer puede incrementar el riesgo de que las anormalidades leves se conviertan en anormalidades más graves o cáncer del cuello del útero. Con control médico regular a través de clínicos capacitados, las mujeres con anormalidades cervicales precancerosas no deberían desarrollar cáncer invasor del cuello del útero.

Otras investigaciones demuestran que el riesgo elevado de cáncer Cervico-uterino en mujeres con evidencia serológica de infección con múltiples enfermedades de transmisión sexual, demostrando también relación entre anticuerpos contra Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrea y mujeres de bajo nivel socioeconómico lo que no puede excluirse fácilmente y que representan el fundamento de crear estudios de mayor tamaño para explorar esta hipótesis del VPH y otros agentes infecciosos.

Se menciona la relación de la actividad sexual de la mujer con el riesgo de desarrollo de NIC. Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a la conducta sexual de su compañero, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros.

Aún cuando se identifique el carcinógeno, su interacción con el cuello uterino depende de cada mujer. Los datos epidemiológicos sugieren con intensidad que la adolescente es una mujer de riesgo. La razón probable es que se está produciendo metaplasia activa. Puesto que hay proliferación activa de transformación celular de epitelio columnar en metaplásico y de éste en escamoide, el potencial de interacción entre el carcinógeno y el cuello uterino se incrementa. Una vez completado este proceso de metaplasia parece que el cuello uterino ya no presenta alto riesgo, aunque evidentemente, puede aparecer NIC en pacientes vírgenes hasta después de la finalización de dicho proceso.

Se ha sugerido que las deficiencias vitamínicas pueden tener un papel en algunos tumores incluyendo el cáncer de cérvix. La quimiopprofilaxis con vitamina A podría prevenir algunos cánceres. Los derivados de la vitamina A, particularmente los retinoides, modulan in Vitro e in vivo el crecimiento de las células epiteliales normales, habitualmente inhibiendo su proliferación y permitiendo la diferenciación y la maduración celular. Meyskens, en un estudio prospectivo aleatorio trató a un grupo de pacientes con NIC II y NIC III con ácido transretinoico o un placebo de aspecto similar administrado directamente al cérvix.

Las pacientes con NIC II tratadas con ácido retinoico tuvieron una regresión histológica completa en el 43% de los casos, comparada con el 27% en el grupo placebo. No se observaron diferencias entre los dos tratamientos en las pacientes con NIC III. Los resultados de este y otros estudios sugieren un papel de la quimiopprofilaxis en la prevención de las neoplasias cervicales.

El cáncer Cervico-uterino constituye un proceso de lento desarrollo en su mayor parte, que se inicia en un cambio displásico con evolución paulatina durante varios años con una forma pre -invasiva. Las displasias se han clasificado como leves, moderadas y severas que comprenden actualmente las neoplasias intraepitelial cervical (NIC, clasificación de Bethesda) graduadas como NIC I, NIC II y NIC III, sus grados se definen por el grado de atipia celular, es necesario observar y tratar todos los tipos si persisten o se tornan mas graves.

Los NIC I pueden progresar en 20% y los NIC II avanzan en un 50% a cáncer invasivo si no se tratan. En cambio las formas más avanzadas de NIC (NIC III y carcinoma in situ), entre el 80% a 100% progresan a cáncer invasivo según lo reporta Kottmier. El tiempo necesario para que esto ocurra varía de 3 a 20 años, término medio aceptado 10 años. Hasta el momento no es posible predecir el potencial maligno de una lesión específica. Algunas permanecen estables por largos períodos, otras regresan y otras más avanzan.

Al menos el 90% de cáncer Cervico-uterino de células escamosas se originan en las capas intraepiteliales en la unión escamo-columnar del cuello uterino, ya sea en la porción cervical que penetra en la vagina o un poco más arriba en el conducto endocervical (zona de transformación). La forma pre-invasora (NIC) del padecimiento permanece estática por otros siete a diez años. La displasia pasa a carcinoma in situ e invade al estroma cervical subyacente.

La unión escamo-columnar del cuello uterino representa un área de proliferación activa de células escamosas. Durante la infancia esta unión se sitúa sobre la porción vaginal expuesta del cuello uterino. En la pubertad, por influencia hormonal y quizás por cambios en el pH vaginal, el borde escamoso comienza a incrustarse en el epitelio de capa única que secreta moco y origina un área de metaplasia (zona de transformación).

CONDUCTA A SEGUIR SEGÚN LAS NORMAS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

1-Citología normal:

Realizar un segundo examen en un año para detectar lesiones nuevas o descartar falsos negativos. Si el resultado del segundo examen es negativo, se repetirá la prueba en un año; si el resultado del tercer examen fuera nuevamente negativo, se realizaran las pruebas cada tres años según el criterio médico o factores de riesgo de la paciente.

2-Citología no concluyente o no satisfactoria:

Cuando el material es insuficiente o no contiene células endocervicales deberá repetirse la muestra.

3-Lesiones intraepiteliales escamosas (NIC I):

Realizar exudado y cultivo de secreciones vaginales dar tratamiento, según etiología, control de citología cervical en 6 meses posterior al tratamiento y seguimiento según citología normal.

Referir para colposcopia, si el resultado es normal control en 6 meses, y seguimiento con citología cervical. Si el resultado de colposcopia reporta solamente NIC I, realizar colposcopia.

Control y citología cervical en 3 meses.

4-Reporte citológico anormal:

Las pacientes que presenten anormalidades clínicas tales como:

- Citología que reporta atipia escamosa/ glandular (ASCUS)
- Citología negativa para neoplasia con HPV.
- Citología reporta SIL de alto grado (NIC II /III).
- Citología reporta carcinoma microinvasor / invasor.

Que sugieran la presencia de cáncer cervicouterino se les deberá tomar la muestra de citología y referir al ginecólogo, para la realización de colposcopia y posteriormente biopsia dirigida.

5- Manejo del SIL de alto grado (NIC II/ III)

NIC II

Se realiza crioterapia siempre y cuando la lesión sea visible en su totalidad, después realizar control con citología y/o colposcopia cada 6 meses por un año. Si un reporte de citología es positivo para células malignas proceder a realizar conización cervical; pero si los resultados de citología son negativos, referir al primer nivel de atención.

NIC III/Ca. In situ

Puede aplicarse asa térmica, siempre que la lesión sea visible en su totalidad, también puede efectuarse conización cervical. Si el resultado histológico revela márgenes libres de lesión, dar seguimiento a través de la citología cervical:

Primer año: cada tres meses

Segundo año: cada seis meses

A partir del tercer año: cada año

Si los bordes tienen presencia de lesión referir a Oncología.

6-Manejo del Ca in situ hasta carcinoma invasor

En caso de Carcinoma in situ, carcinoma micro invasor y carcinoma invasor referir a Oncología.

EXAMEN COLPOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL

El diagnóstico colposcópico de la neoplasia cervical depende del reconocimiento de cuatro características principales: la intensidad (tonalidad), la acetoblancura, los bordes y el contorno superficial de las zonas acetoblancas, las características vasculares y los cambios cromáticos después de la aplicación de yodo (lugolización).

La aparición de características anormales en un área localizada de la zona de transformación aumenta la probabilidad de que se trate de una lesión neoplásica. Diferenciar entre la NIC de bajo grado, la metaplasia escamosa inmadura y las lesiones inflamatorias puede requerir una considerable destreza.

En caso de duda debe indicarse una biopsia.

La observación de zonas, densas, opacas, acetoblancas bien delimitadas en la zona de transformación cerca de o lindando con la unión escamoso-cilíndrica es el sello distintivo del diagnóstico colposcópico de NIC.

La NIC de bajo grado a menudo se observa como lesiones acetoblancas delgadas, planas, de bordes bien delimitados pero irregulares, en forma de pluma, angulosos o digitiformes.

La NIC de alto grado se asocia con zonas acetoblancas, blanco grisáceo, ancho, denso, de aspecto mate, opaco, con bordes regulares bien delimitados, que a veces pueden estar sobreelevados y dehiscentes. Pueden ser más extensas y las lesiones complejas se extienden al conducto cervical. El contorno superficial de las zonas acetoblancas asociadas con lesiones de NIC de alto grado tienden a ser menos lisas, o irregulares y nodulares. La observación de uno o más bordes dentro de una lesión acetoblanca o de una lesión acetoblanca con variaciones en la intensidad del color se asocia con lesiones de alto grado.

Las características vasculares anormales como el punteado y el mosaico son significativas solo si se limitan a las zonas acetoblancas.

Las características vasculares, como el punteado fino y los mosaicos finos en las zonas acetoblancas, pueden asociarse con NIC de bajo grado.

El punteado grueso y los mosaicos gruesos en las zonas acetoblancas tienden a ocurrir en las lesiones de alto grado.

Las lesiones de NIC carecen de glucógeno, por lo tanto, no se tiñen con yodo y permanecen con una tonalidad color mostaza o amarillento-azafranada.

Un sistema de calificación como el índice colposcópico de Reid puede guiar la interpretación y el diagnóstico colposcópico.

Las características colposcópicas de la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) permiten distinguir los hallazgos colposcópicos asociados con la NIC de alto grado (NIC 2-3) de los de las lesiones de bajo grado (NIC 1). La existencia de una sola característica anormal no constituye un indicador determinante de que exista una lesión; la coexistencia de características anormales en un área localizada de la zona de transformación aumenta la probabilidad de una lesión.

DIAGNOSTICO TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES

El diagnóstico presuntivo de lesión intraepitelial o cáncer se puede establecer por examen clínico, citología de cuello uterino y/o colposcopia.

El diagnóstico definitivo se establece únicamente por examen histopatológico.

El resultado colposcópico describirá las lesiones y el diagnóstico se notificará como sigue:

- A. Cambios normales
- B. Lesión intraepitelial de bajo grado
- C. Lesión intraepitelial de alto grado
- D. Lesiones sugestivas de invasión
- E. Cáncer invasor
- F. Otros hallazgos (condilomas, queratosis, erosión, inflamación, atrofia, deciduosis, pólipos).

El resultado del estudio histopatológico debe ser informado de la siguiente manera:

- A. Insuficiente o inadecuado para el diagnóstico
- B. Tejido del cervix normal
- C. Cervicitis aguda o crónica
- D. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (VPH, NIC I o displasia leve)
- E. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (NIC II o displasia moderada, NIC III o displasia grave y cáncer in situ)
- F. Carcinoma epidermoide microinvasor
- G. Carcinoma epidermoide invasor
- H. Adenocarcinoma endocervical in situ
- I. Adenocarcinoma endocervical invasor
- J. Adenocarcinoma endometrial invasor
- K. Sarcoma
- L. Tumor Maligno no especificado
- M. Otros

El médico citólogo y/o patólogo, debe avalar mediante su rúbrica, el 100% de las cédulas de resultados de casos positivos de cáncer y lesión intraepiteliales de bajo y alto grado.

Las pacientes cuyo resultado citológico reporte la presencia de: procesos infecciosos, deben recibir tratamiento en la unidad médica de atención y después de dos citologías anuales consecutivas negativas a LIAG, LIBG y Cáncer, el control citológico se realizará cada tres años.

Las pacientes enviadas a la clínica de colposcopia, además de su hoja de referencia, deben contar con notas médicas que permitan conocer sus condiciones al ingreso y su evolución, incluyendo tratamientos. En caso de contrarreferencia, explicar las razones para efectuarla.

Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LIBG, (infección por VPH, displasia leve o NIC 1); LIAG (displasia moderada y grave o NIC II y III) o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, en donde se llevará a cabo el estudio colposcópico

Si el resultado de la citología es LIBG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de LIBG, se realizará control citológico en un año

Si la citología es de LIBG, la colposcopia es satisfactoria y existe evidencia de LIBG, se debe tomar una biopsia dirigida.

Si la biopsia dirigida es negativa se realizará nueva colposcopia para verificar el diagnóstico y en caso necesario tomar nueva biopsia dirigida y revalorar.

Si la biopsia dirigida es reportada como LIBG se podrá dar tratamiento conservador criocirugía, electrocirugía o laserterapia, (sólo si cumple con las condiciones referidas en o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses, con estudio citológico, durante 24 meses.

Si la biopsia dirigida es reportada como LIAG (Lesión Intraepitelial de Alto Grado) se realizará tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia). En las mujeres posmenopáusicas, dependiendo del estado clínico del cérvix, se realizará tratamiento conservador en la clínica de colposcopia o tratamiento quirúrgico (histerectomía extrafascial).

Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor la paciente se transferirá a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente.

Si la citología reporta LIBG y la colposcopia no es satisfactoria, se tomará cepillado endocervical

En caso de colposcopia no satisfactoria, negativa a LIBG y con cepillado endocervical negativo, se continuará su control, en seis meses con citología y/o colposcopia según el caso.

Si el cepillado endocervical reporta LIBG se tratará a la paciente como LIAG, con métodos conservadores excisionales.

Si el cepillado endocervical es reportado como LIAG, se tratará en la clínica de colposcopia. Si el cepillado reporta lesión de mayor grado, se derivará a un centro oncológico.

Las pacientes con resultado citológico de LIAG se transferirán a una clínica de colposcopia para su examen colposcópico o realización de cepillado endocervical, según el caso.

Si la citología reporta LIAG, la colposcopia es satisfactoria y sin evidencia de lesión, se realizará revaloración del caso, tomando una nueva citología, a los tres meses. Si todos los resultados son negativos se continuará su control con citología y/o colposcopia, según el caso.

Si la citología reporta LIAG y la colposcopia es satisfactoria con evidencia de lesión, se realizará biopsia dirigida.

Si la biopsia es negativa y ante lesión evidente, se realizará nueva colposcopia y cepillado endocervical para verificar el diagnóstico colposcópico y en caso necesario tomar nueva biopsia dirigida.

En caso de que la biopsia y el cepillado endocervical resultaran nuevamente negativos, se continuará su control con citología y colposcopia anual.

Si la biopsia dirigida es reportada como LIBG, se dará tratamiento conservador o se podrá mantener a la paciente en vigilancia en la clínica de colposcopia cada seis meses por 24 meses, con estudio citológico y reevaluar con resultado histopatológico.

En caso de biopsia positiva a LIAG, se debe realizar tratamiento conservador (electrocirugía o laserterapia) de acuerdo a la disponibilidad de cada institución, a juicio del colposcopista.

Si la biopsia dirigida es reportada como cáncer microinvasor o invasor, referir a centro oncológico.

Si la citología es LIAG y la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical.

Si el cepillado endocervical es negativo, realizar biopsia de la lesión y con el resultado, revalorar el caso lo más pronto posible.

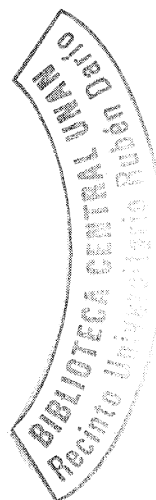
Si el cepillado endocervical señala LIBG, se tratará a la paciente como LIAG con métodos conservadores excisionales, y revalorar con resultado histopatológico.

Si el cepillado endocervical señala LIAG, se realizará conización (cilindro o cono diagnóstico).

De acuerdo a la revaloración se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o es necesario referirla.

Si la colposcopia no es satisfactoria y el cepillado reporta cáncer invasor, se referirá a un centro oncológico.

Las pacientes con citología de cáncer cervico uterino invasor pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio.



Si la colposcopia muestra tumor macroscópico, se realizará biopsia dirigida y evaluación cuidadosa de extensión de neoplasia a la vagina.

Si la biopsia confirma el diagnóstico de cáncer invasor, la paciente será transferida a un centro oncológico.

Si la citología es de cáncer invasor y se encuentra otro tipo de lesión y la colposcopia es satisfactoria, se tomará biopsia dirigida.

Si el resultado de la biopsia es cáncer invasor o cáncer microinvasor, la paciente será transferida a un centro oncológico.

Si el resultado de la biopsia es LIBG, se realizará manejo como si fuera LIAG, con tratamiento conservador

Si el resultado de la biopsia es LIAG, se realizará manejo como se señala en

Si la colposcopia no es satisfactoria, tomar cepillado endocervical más biopsia dirigida.

Si resulta positivo (LIBG, LIAG, o cáncer invasor), se referirá a la paciente al centro oncológico correspondiente para que preferentemente se le practique conización con bisturí.

Si el cepillado endocervical y la biopsia son negativos, se revalorará el caso lo más pronto posible.

De acuerdo a la revaloración se decidirá si la paciente permanece en control en la clínica de colposcopia o es necesario referirla.

Las pacientes embarazadas que presenten citología anormal pasarán a la clínica de colposcopia para su estudio

Si no existe lesión, la paciente se revalorará a las 12 semanas del nacimiento. Pacientes con citología de cáncer invasor serán enviadas a colposcopia.

Cuando se tenga la confirmación histopatológica de LIBG y LIAG, las pacientes permanecerán en vigilancia con citología y colposcopia cada doce semanas y se programará su revaloración a las doce semanas de ocurrido el nacimiento.

CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional analítico de casos y controles. Se realizo en usuarias del Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.

UNIVERSO

La población estudiada correspondió a todas las mujeres (3368) se realizaron papanicolaou en las unidades móviles del programa en el periodo comprendido octubre a diciembre 2006

MUESTRA

La muestra fue no probabilística por conveniencia para los 123 (3.65% del universo) casos, correspondiendo a todas las mujeres cuyo reporte citológico determinó lesiones precursoras de cáncer cervicouterino Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.

La muestra para los 123 (3.65% del universo) controles fue elegida, de la misma manera, de todas las pacientes que se realizaron papanicolaou en el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006, pero cuyo reporte citológico no informo de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION PARA LOS CASOS

A. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Paciente que se halla realizado Papanicolaou el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.
2. Paciente cuyo reporte citológico determine, según el sistema de Bethesda, la presencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo y Alto Grado.
3. Paciente con reporte citológico que determine toma adecuada, satisfactoria para la valoración.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados
2. Paciente con diagnostico citológico de ASCUS y cáncer cervicouterino

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION PARA LOS CONTROLES

A. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Paciente que se halla realizado Papanicolaou el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.
2. Paciente cuyo reporte citológico es normal
3. Paciente con reporte citológico que determine toma adecuada, satisfactoria para la valoración.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados

ENUMERACION DE LAS VARIABLES:

1. EDAD
2. ESTADO CIVIL
3. ESCOLARIDAD
4. OCUPACION
5. OCUPACIÓN CÓNYUGE
6. MENARCA
7. INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
8. GESTA
9. PARTO VAGINALES
10. PAP PREVIO
11. MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
12. TABAQUISMO
13. NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES
14. ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
15. TIPO DE LESION

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTOS	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
EDAD	Años transcurridos desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de realización del PAP bajo estudio	Años	<50 >50
ESTADO CIVIL	Condición social que revela enlace de una persona con otra.	Condición de pareja	Casada Acompañada
ESCOLARIDAD	Nivel académico alcanzado por paciente.	Ultimo grado aprobado	Algún grado de escolaridad Analfabeta
OCUPACION	Empleo, oficio o actividad a la que se dedica la paciente.	Tipo de empleo	Ama de casa Otra
OCUPACION del Cónyuge	Empleo, oficio o actividad a la que se dedica la paciente.	Tipo de empleo	Comerciante Otra
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Edad de primera relación sexual.	Años	<15 >15
GESTA	Numero de hijos nacidos vivos y fetos muertos de mas de 28 semanas de gestación se una paciente	Número	< 2 >2
PARTOS vaginales	Numero de embarazos de más de 28 semanas de gestación que finalizaron por vía vaginal.	Número	< 2 >2
PAP PREVIO	Existencia o no de papanicolaou anterior.	Antecedentes	Nunca Alguna Vez
USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	Utilización de método hormonal como anticonceptivo	Uso	Si No
TABAQUISMO	Consumo crónico de tabaco.	Practica	Si No
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	Numero de parejas con la que la paciente ha tenido relaciones sexuales.	Número	<4 >4
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	Historia previa de contagio con enfermedades de transmisión sexual.	Antecedentes	Si No
DIAGNOSTICO CITOLOGICO	Presencia de lesiones epiteliales escamosas de bajo o alto grado, según el sistema de Bethesda.	Tipo de diagnóstico.	Normal Bajo Grado Alto Grado

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

PLAN DE TABULACION:

La información obtenida de las mujeres se proceso electrónicamente en el programa estadístico EPI INFO. Se aplicó en tablas de frecuencia y porcentajes, además se aplico OR; IC; CH2 y P para buscar la asociación entre variable, todo fue sistematizado en cuadros en respuesta a cada uno de los objetivos del estudio. Todo el informe se grabó en Word, los cuadros y tablas en Excel.

PLAN DE ANALISIS

- Características demográficas de las mujeres / condición de riesgo
- Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres / Condición de riesgo
- Antecedentes no patologicos de las mujeres. / condición de riesgo
- Lesiones precursoras mas frecuentes en las mujeres.

ASPECTOS ETICOS

Se tomó en cuenta la confiabilidad y el respeto de la privacidad de cada uno de las participantes, se les informó los procedimientos y fin del presente estudio para que no tengan ningún temor en responder y participar en dicha investigación. Todos los datos fueron obtenidos de una forma veraz y confiable.

Explicación en lenguaje sencillo, comprensible y no técnico de todos los procedimientos a los que se van a someter, los riesgos y molestias y beneficios que entraña el estudio para las usuarias del programa.

CAPITULO III. DESARROLLO

3.1 RESULTADOS

A la evaluación de los resultados obtenidos del estudio, se demostró que tanto en los casos como en los controles la edad predominante fue la de las mujeres menores de 50 con un 90.2 % y un 85.6 % respectivamente, mientras que para la edad mayor de 50 años los datos obtenidos fueron de un 9,8 % para los casos y un 14.4 % para los controles. (OR 0.65, IC 0.28- 1.50, Ch2 1.20, P 0.2732546) (Ver cuadro N° 1)

En relación a la variable del Estado Civil las mujeres casadas tienen mayor frecuencia tanto en los casos como en los controles, con un 75.4 % y un 70.2 % respectivamente. Sin embargo las mujeres solteras registraron un 24.6 % y 24.8 % para los casos y controles. (OR 0.99, IC 0.53- 1.83, Ch2 0.00, P 0.9695634) (Ver cuadro N° 1)

En cuanto al nivel de escolaridad, las mujeres presentaron algún grado académico con un 72.2 % mientras que el 27.8 % fueron analfabeta; de los cuales el 85 % de las mujeres con algún grado académico pertenecen a los casos y el 59.67 % a los controles y las analfabetas con un 15 % y 40.3 % respectivamente para los casos. (OR 0.26, IC 0.13 - 0.50, Ch2 19.70, P 0.0000091). Variable estadísticamente significativa. (Ver cuadro N° 1)

La ocupación de las mujeres del estudio demostraron ser ama de casa en el 60 % y un 73.6 % para casos y controles. En otras ocupaciones registraron los siguientes datos; para los casos el 40 % y 26.4 % para los controles. (OR 0.53, IC 0.30- 0.95, Ch2 5.25, P 0.0219113). Esta variable es estadísticamente significativa. Se evaluó de igual manera la ocupación de los cónyuges para lo que se dividió en dos categorías: comerciante con el 41 % y 43.2 % para casos y controles, mientras que otras ocupaciones con el 59% 56.8% en los casos y controles. (OR 0.91, IC 0.53- 1.56, Ch2 0.12, P 0.7248249) (Ver cuadro N° 1)

En relación a los antecedentes ginecológicos se las mujeres del presente estudio, cabe destacar que:

La menarca predominó en las mujeres mayores de 12 años con el 65.6 % para los casos y el 82.4 % para los controles. (OR 2.46, IC 1.31- 4.65, Ch2 9.07, P 0.0026001). Esta variable es estadísticamente significativa. (Ver cuadro N° 2)

El IVSA predominante fue en los casos, en las mujeres menores de 15 años con el 96.7 %, sin embargo para los controles fueron las mayores de 15 años en el 100 %. (No se hace tiene cero) (Ver cuadro N° 2)

El uso de anticonceptivos fue el siguiente: en los casos el 75.4 % si usaron anticonceptivo mientras que en los controles el 73.6 % no usaron anticonceptivo. (OR 8.55, IC 4.64- 15.84, Ch2 59.09, P 0.00000000). Esta variable es estadísticamente significativa (Ver cuadro N° 2)

La frecuencia de PAP, en las mujeres del estudio, la mayoría de ellas, alguna vez se lo ha realizado, para los casos, 92.6%; mientras que nunca apenas el 7.4% de los casos. En cuanto a los controles, el 99.2 %, se lo ha realizado alguna vez, mientras que el 4.12% de las mujeres nunca se lo ha realizado. (OR 9.72, IC 1.23- 208.13, Ch2 6.72, P 0.00955558) Esta variable es estadísticamente significativa. (Ver cuadro N° 2)

En relación a la citología para VPH positivos, se demostró en los casos que el 57.4 % de las mujeres presentaron VPH positivo, mientras que en los controles fue el 28 % para VPH positivo, sin embargo e los controles el 72 % no presento VPH positivo. (OR 3.46, IC 1.97- 6.10, Ch2 21.71, P 0.0000032) (Ver cuadro N° 2 A)

Las mujeres del estudio presentaron antecedentes de ITS en los casos el 73.8 % mientras que el 51.6 % de los controles no tuvieron antecedentes de ITS. (OR 3.00, IC 1.7-5.32, Ch2 16.58, P 0.0000465). Tanto las mujeres de casos y controles refirieron haber tenido menos de cuatro compañeros sexuales en ambos grupos de estudio, por lo cual la variación es mínima, ya que los datos revelados son los siguientes 88.5 % y 88 % respectivamente para los casos y controles. (OR 0.94, IC 0.41- 2.18, Ch2 0.02, P 0.8801362) (Ver cuadro N° 2 A)

Los antecedentes obstétricos de las mujeres del presente estudio demostraron lo siguientes resultados:

Gesta de dos y mas fue el 86 % en los casos y el 94.4% para los controles. (OR 0.37, IC 0.13- 0.99, Ch2 4.78, P 0.0287944). Edad del primer embarazo fue menor de 15 años en el 80.56 % y 85. 6 % para los casos y los controles. (OR 0.70, IC 0.33 – 1.47, Ch2 1.05, P 0.3047316) .Números de partos vaginales; mayor de dos partos fue de 56.56 % para los casos y el 67.21 % de los controles tuvieron menos de dos partos vaginales. (OR 2.67, IC 1.54- 4.65, Ch2 13.89, P 0.0001940) (Ver cuadro N° 2B)

Los antecedentes no patológicos como factores de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras; las mujeres demostraron que fuman del 72.9 % para los casos y el 50.8 % se los controles. (OR 2.61, IC 1.48- 4.61, Ch2 12.72, P 0.0003617) (Ver cuadro N° 3)

Los tipos de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino de las mujeres del estudio demostraron mayor frecuencia de VPH con un 43.09 %, NIC II 32.52 %, NIC III 18.7 % y NIC I 5.69 %. (Ver cuadro N° 4)

3.2 DISCUSIÓN

Al comparar la media de edad en mujeres con neoplasia cervical en este estudio, con las que informan otros autores, al igual que en los países en desarrollo, dicha patología es más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida, en comparación con lo que sucede en los países desarrollados, donde se presenta con mayor frecuencia a partir de los 50 años.

Dadas las características geográficas y de servicios de salud prevalecientes en las normas del programa de prevención y atención del cáncer cervicouterino, el porcentaje de participantes en el estudio de procedencia rural es más alto que en el de la urbana, hecho seguramente determinado por el tipo de población que atiende el programa, es decir, por la llamada "población abierta".

En este estudio las mujeres con más de dos embarazos representan más de 90%, hecho que posiblemente influye en los hallazgos, pues el riesgo de las mujeres es mayor. Una probable explicación se fundamenta en el hecho de que el embarazo provoca un estado de inmunosupresión que podría aumentar la susceptibilidad del organismo a los agentes infecciosos. Se ha señalado que la neoplasia cervical aparece con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo obstétrico es más intenso, por lo que es plausible considerar al parto vaginal como un factor de riesgo de cáncer cervicouterino.

En este trabajo se encontró que las mujeres con 2 o más partos vaginales se incrementan notablemente en relación con aquellas que han tenido menos de dos.

Aunque en varios estudios previos se ha descartado la paridad como factor de riesgo de cáncer cervical, en diversas investigaciones se ha demostrado que el riesgo aumenta con la paridad. En estudios realizados en países latinoamericanos y en mujeres latinas residentes en EUA, donde se ha obtenido riesgo de cáncer cervical similar, con la presencia de seis o más partos vaginales, por lo que se puede considerar la multiparidad vaginal como un factor de riesgo importante para contraer el padecimiento.

El cáncer cervicouterino es causado por un agente infeccioso transmitido por vía sexual y las mujeres con mayor riesgo de adquirirlo son aquellas que a temprana edad iniciaron su vida sexual, así como un embarazo muy joven, y un número excesivo de ellos. También mantener relaciones íntimas con distintas parejas, lo que provocaría frecuentes infecciones vaginales si no se cuenta con la adecuada protección.

El aumento en la incidencia del cáncer de cuello uterino en las mujeres multíparas se debe probablemente a otros factores, como la edad a la que contraen el primer matrimonio y la edad del primer embarazo.

El inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado, en numerosos estudios, con el incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical: esa relación se ha explicado con base en la consideración de que la zona de transformación del epitelio cervical, la más proliferativa durante la pubertad y la adolescencia (el llamado "periodo vulnerable"), es especialmente susceptible a alteraciones que pueden ser inducidas por agentes transmitidos sexualmente, entre ellos el VPH.

Estos factores combinados con la elevada incidencia de la enfermedad llevaron a la firme conclusión de que consumir el primer coito a edades tempranas y tener múltiples compañeros sexuales incrementan la posibilidad de desarrollar NIC. Por tanto, el riesgo para desarrollar cáncer cervical es mayor a mayor número de parejas sexuales, en comparación con mujeres con uno o ningún compañero sexual. A su vez se ha demostrado que las mujeres con inicio de vida sexual (IVSA) antes de los 16 años tienen el doble riesgo de desarrollar cáncer Cervico-uterino que las mujeres que tienen el primer contacto sexual después de los 20 años.

Lo anterior es congruente con la idea de que las infecciones por VPH durante la adolescencia tienen una probabilidad más alta de convertirse en infecciones crónicas y que implican un mayor riesgo de contraer cáncer cervical. Ese riesgo se reduce al postergar el inicio de las relaciones sexuales.

Algunos estudios demuestran que los gestágenos orales y la gran multiparidad se relacionan con un riesgo elevado de desarrollar cáncer cervical. A pesar de que estos factores de riesgo son importantes para otras variables que se relaciona con el comportamiento sexual, se considera de manera hipotética que los altos niveles hormonales inducidos por ambos factores pueden tener algún efecto inmunosupresor.

En este estudio se observó que el incremento en el riesgo de que se presente la neoplasia cervical cuando la vida sexual da comienzo antes de los 15 años de edad es importante señalar que esta asociación es independiente del número de compañeros sexuales. Existen diversos estudios realizados que coinciden con la asociación entre un elevado número de compañeros sexuales y la aparición de cáncer cervical está presente, y se considera que dicho número es una medida sustitutiva de la exposición a infección por VPH.

Sin embargo, en este estudio esa asociación no fue estadísticamente significativa, debido quizás a que la información que dieron las participantes sobre el número de compañeros sexuales que han tenido es poco confiable, para responder de manera fiable a dicha pregunta, y/o a que el número de compañeros sexuales generalmente es un tema tabú (donde la monogamia entre las mujeres suele ser la regla).

En este estudio el porcentaje de mujeres que utilizan método anticonceptivo es parecido al que indican otros estudios realizados, aunque el porcentaje de utilización varía por tipo de anticonceptivo; y, si bien el consumo de anticonceptivos de tipo hormonal fue más importante en los casos que en los controles, el incremento en el riesgo de neoplasia cervical.

Los resultados que se presentan ahora coinciden con los de otros estudios, donde no se observó un incremento importante en el riesgo de padecer cáncer cervical en las mujeres que utilizaban anticonceptivos de tipo hormonal.

Se ha observado que quienes utilizan gestágenos orales por mucho tiempo desarrollan más displasias y cánceres del cuello que quienes emplean otras formas de control de la natalidad.

En este caso el porcentaje de presencia de signos positivos de VPH por citología es más alto en los casos que en los controles (57.4% y 28%, respectivamente). Sin embargo, el porcentaje de casos con la presencia de signos de VPH en la citología podría considerarse bajo, sobre todo tomando en cuenta que se trata de la población abierta y no de la considerada de alto riesgo para la adquisición de enfermedades de transmisión sexual.

Tamayo, notifica en un estudio de infección por VPH en mujeres con y sin citología anormal, que 4.6% de las 3 257 mujeres estudiadas presentaban evidencia citológica de infección cervical por VPH, cifras que son difíciles de comparar ya que se trata de poblaciones con características diferentes. Es necesario destacar que desafortunadamente fue imposible corroborar la presencia de VPH mediante el análisis histológico.

Hoy día se considera al tabaquismo un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, existiendo un incremento del riesgo tanto de enfermedad pre-invasora como de enfermedad invasora entre las fumadoras, especialmente entre las fumadoras actuales, las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtro.

Diversos estudios de casos y controles en relación al tabaquismo han demostrado que el riesgo de las fumadoras es de dos a cuatro veces más que el de las no fumadoras. El tabaquismo parece ser un factor de riesgo independiente incluso después de controlar los factores sexuales. En un estudio de casos y controles, el riesgo de NIC grado II, III y carcinoma in situ aumentaba a mayor número de años de exposición y de paquetes por año.

Dentro de las limitaciones de este trabajo vale la pena mencionar la imposibilidad de generalizar sus resultados al resto de la población, puesto que se desarrolló dentro del marco de un programa de prevención y control de cáncer cervicouterino, de tal manera que la población estudiada no necesariamente es representativa de las mujeres del país.

3.3 Conclusiones

1. Los principales factores de riesgo asociados al desarrollo de las lesiones precursoras, en las mujeres del estudio, estadísticamente significativas fueron:

- **Escolaridad** (OR 0.26, IC 0.13 - 0.50, Ch2 19.70, P 0.0000091)
- **Ocupación de la mujer** (OR 0.53, IC 0.30- 0.95, Ch2 5.25, P 0.0219113).
- **Menarca** (OR 2.46, IC 1.31- 4.65, Ch2 9.07, P 0.0026001)
- **Numero de partos vaginales** (OR 2.67, IC 1.54- 4.65, Ch2 13.89, P 0.0001940)
- **Uso de anticonceptivos** (OR 8.55, IC 4.64- 15.84, Ch2 59.09, P 0.00000000).
- **Antecedentes de ITS** (OR 3.00, IC 1.7-5.32, Ch2 16.58, P 0.0000465).
- **Frecuencia de PAP** (OR 9.72, IC 1.23- 208.13, Ch2 6.72, P 0.00955558)
- **VPH positivo en la citología cervical** (OR 3.46, IC 1.97- 6.10, Ch2 21.71, P 0.0000032)

3.4 RECOMENDACIONES

Realizar campañas con estrategias integradas de promoción de la salud, educación y prevención como una necesidad para el diagnóstico de lesiones tempranas del cáncer cervicouterino.

Desarrollar programas nacionales de control del cáncer, con miras a reducir la incidencia de las neoplasias malignas y la mortalidad que provocan, mejorar la calidad de vida y reducir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino.

Implementar tamizajes periódicos de citología cervical para realizarse en poblaciones con bajos recursos y dirigidos a grupos etáreos específicos (20 – 64 años) que posibiliten el hallazgo temprano de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.

Sensibilizar a las mujeres de la importancia de la toma de la citología cervical, debido a la baja cobertura que existe en el sistema de salud, recalcando la importancia que tiene en la calidad de vida de las mujeres, comprometiéndose como sistema de salud a brindar una atención integral y personalizada a cada mujer que acuda a realizarse el PAP.

Impulsar una búsqueda oportuna de atención ante la presencia de signo de alertas, por parte del MINSA en coordinación con líderes comunitarios, con la adecuada capacitación del personal de salud y líderes comunitarios, sobre cáncer cervicouterino y salud sexual reproductiva

IV- BIBLIOGRAFIA

1. Alan H. De Cherney, MD. / Arti L. Pernoll., MD. Diagnóstico y tratamiento Gineco-Obstétrico. 7ma. Edición. Editorial Manual El Moderno, S. A. de C. V. 1,997. Págs.: 1,169-1,188.
2. Disaia, P. Creasman. W, Oncología Ginecológica Clínica. Mosby / Doyma Libros. 1,994.
Págs.: 1 – 36.
3. Disaia, P. Creasman. W, Oncología Ginecológica Clínica. Mosby / Doyma Libros. 1,998.
Págs.: 1 – 32, 51- 100.
4. "Early Detection: Trends in Cervical Cancer Mortality in the Americas". Boletín de la Organización Panamericana de la Salud 30:4, 1996.
http://165.158.1.110/english/hcn/hcndetect_2.htm
5. Giuseppe de Palo, Masson S. P. A. Milano. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. 1,993.
6. González Merlo J. / Iglesia Guiu J. / I Burzaco: Avances en Obstetricia y Ginecología. N° 8. Salvat Editores S.A. 1,984. Págs.: 25-39.
7. H.M. Shingleton. / W.C. Fowler Jr. / J.A. Jordan / W.D. Lawrence. Oncología Ginecológica: Diagnóstico y Tratamiento. 1ra. Edición en Español. 1,998. Mc. Graw-Hill Interamericana. Editores, S.A. de C. V. Págs.: 1-7.
8. "HPV DNA Testing in Cervical Cancer Screening: Results from Women in a High-Risk Province of Costa Rica". (Journal of the American Medical Association, 2000:283)
9. John A. Rock / John D. Thompson. Te Linde. Ginecología Quirúrgica. 8va. Edición. Editorial Médica Panamericana. 1,998. Págs.: 1,409-1,437.
10. Jonathan, S., Berek K. And Meville F. Hasher: Practical Gynecologic Oncology. Williams & Wilkins. 1,989. Págs.: 249-250.
11. Jones, Howard's W. Tratado Ginecología de Novak, 11va. ED. Interamericana, S. A. de C. V. 1991. Págs.: 571-599
12. "Key Steps for Meeting Women's Needs". Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. PATH: noviembre 2000. <http://www.path.org>
13. Melson, James H. Jr. Md, Ca. A. Cancer Journal for Clinic. 1,993. 56(4).

Págs.92- 96.

14. Ministerio de Salud. Normas Técnicas de Prevención, Detección y Atención del Cáncer cervicouterino. 1era Edición-Managua Taller de Artes graficas Febrero 2006

15. Muñoz, Nubia y Bosch, Xavier "Cervical cancer and Human Papillomavirus: Epidemiological Evidence and Perspectives for Prevention". Salud Pública Mex. 39: 1997.

16. "Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives." Cervical Cancer Prevention Fact Sheet. Program for Appropriate Technology in Health (PATH); noviembre 2000. <http://www.path.org>

17. Parkin, D.M., Pisani, P. y Ferlay, J. "Globocan: Cancer Incidence and Mortality in 1990." International Agency for Research on Cancer. <http://www-dep.iarc.fr/dataava/globocan/globoJava.html>

18. Pérez Sánchez, Alfredo. Ginecología. Publicación Técnica Mediterráneo, Ltda. 2da. Edición, 1,995. Págs.: 261-274.

19. Vincent T. / De Vita, Jr. / Samuel Hellmann. / Steven A. Rosenberg. Cáncer: Principios y Práctica de Oncología. 5ta. Edición 1997. Págs.: 1,433-1,456.

20. Zunzunegui M. X. / King M. C., et al. Amj. Epidemiology. Págs.: 123-302. 1,986.



INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO EN MUJERES ATENDIDAS POR EL PROGRAMA SECTORIAL DE ATENCION Y PREVENCION DEL CANCER CERVICOUTERINO

I. Antecedentes demográficos de las mujeres del estudio

1. Edad: 1) < 20 ____ 2) 20 – 34 ____ 3) 35 – 49 ____ 4) 50 y > ____
2. Estado civil 1) Soltera ____ 2) Casada / acompañada ____
3. Ocupación de la mujer: 1) Ama de casa ____ 2) Obrera ____ 3) Estudiante ____
4) Comercio ____ 5) Otra ____
4. Ocupación del conyugue: 1) Comerciante ____ 2) Obrero ____ 3) Otro ____
5. Escolaridad de la mujer: 1. Analfabeta ____ 2. Primaria ____ 3. Secundaria ____
4. Técnica / universitaria ____

II. Antecedentes gineco obstétricos de las mujeres en estudio

6. Edad primera menstruación: 1) < 12 años ____ 2) 12 – 14 años ____ 3) 15 y > ____
7. Inicio de vida sexual activa: 1) < 10 años ____ 2) 10 – 14 años ____ 3) 15 -19 ____
4) 20 y > ____
8. Numero de gestas: 1) Ninguno ____ 2) Uno ____ 3) 2y > ____
9. Edad del primer embarazo: 1) < 15 años ____ 2) 15 -19 años ____
3) 20 y > ____
10. Números de partos vaginales: 1) Ninguno ____ 2) uno ____ 3) 2 y > ____
11. Uso de anticonceptivos hormonales: 1. Si ____ 2. No ____
12. Frecuencia de PAP 1) < 1 año ____ 2) 1 año 3) 2y > ____ 4) Nunca ____
13. Citologías Vaginales positivas para VPH: 1) Si ____ 2) No ____
14. Antecedentes de Infecciones de Transmisión Sexual: 1) Si ____ 2) No ____
15. Numero de compañeros Sexuales: 1) Uno ____ 2) 2-3 ____ 3) 4y > ____

III. Antecedentes no patológicos

16. Fuma: 1) Si ____ 2) No ____

IV. Resultados de citología cervical (tipo de lesión precursora)

1. Ninguno (normal) ____
2. Bajo grado ____
3. Alto grado ____

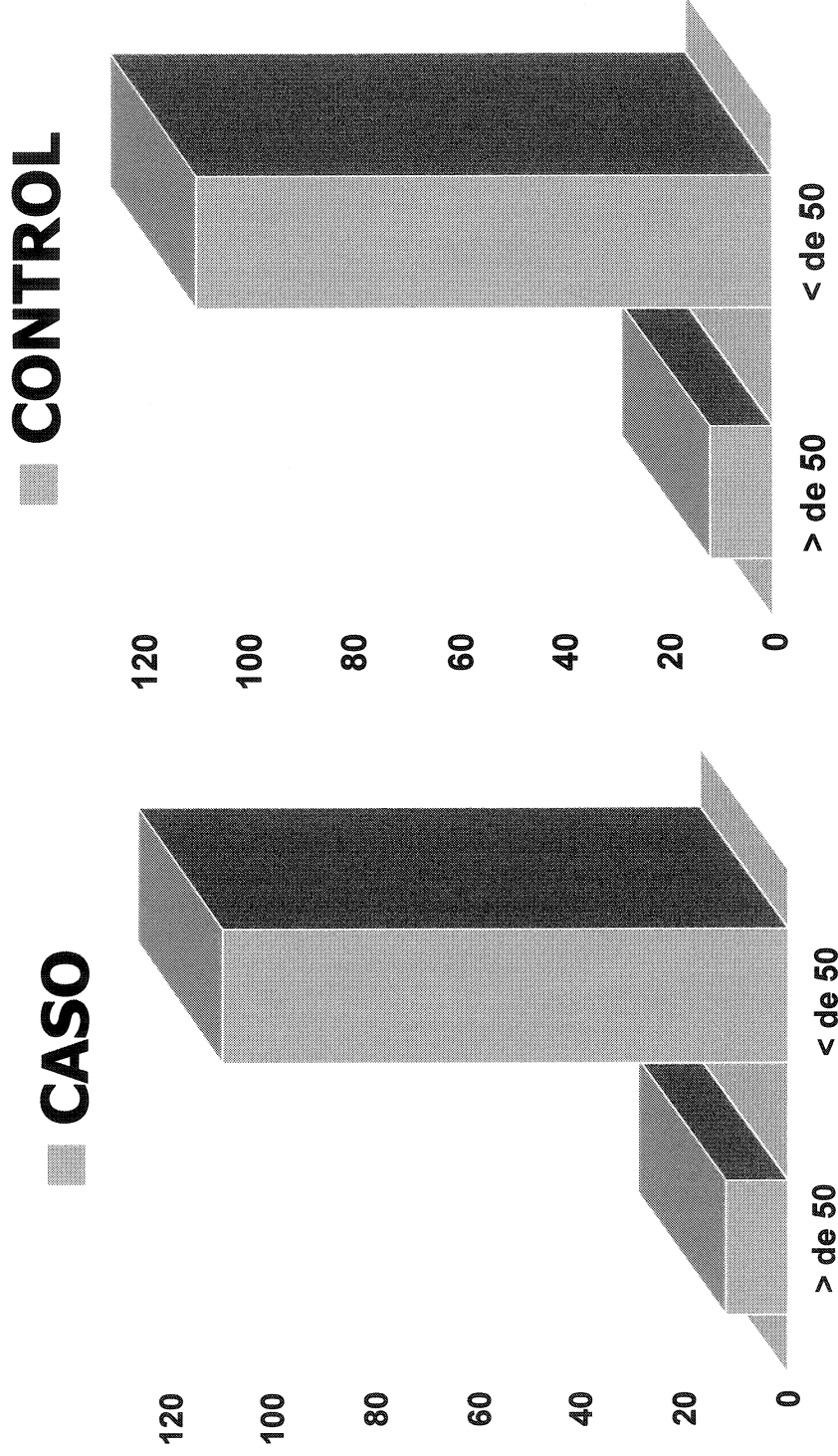
CUADRO NO 1

Características demográficas vs. Condición como factor de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	CONDICIÓN DE RIESGO						Estadísticos
	CASOS n=122		CONTROLES n =125		Total n =247		OR IC CH2 P
	No	%	No	%	No	%	
EDAD							
>50	12	9.8	18	14.4	30	12.2	0.65
<50	110	90.2	107	85.6	217	87.85	0.28-1.50
							1.20
							0.2732546
ESTADO CIVIL							
Soltera	30	24.6	31	24.8	61	24.7	0.99
Casada	92	75.4	94	75.2	186	75.3	0.53-1.83
							0.00
							0.9695634
Escolaridad	n=121		n=124		n=245		
Analfabeta	18	15.0	50	40.33	68	27.8	0.26
Algún grado de escolaridad	103	85.0	74	59.67	177	72.2	0.13-0.50
							19.70
							0.0000091
Ocupación	n=122		n =125				
Ama de casa	73	60.0	92	73.6	165	67.0	0.53
Otras	49	40.0	33	26.4	82	33.0	0.30-0.95
							5.25
							0.0219113
Ocupación cónyuge							
Comerciante	50	41.0	54	43.2	104	42.0	0.91
Otros	72	59.0	71	56.8	143	58.0	0.53-1.56
							0.12
							0.7248249

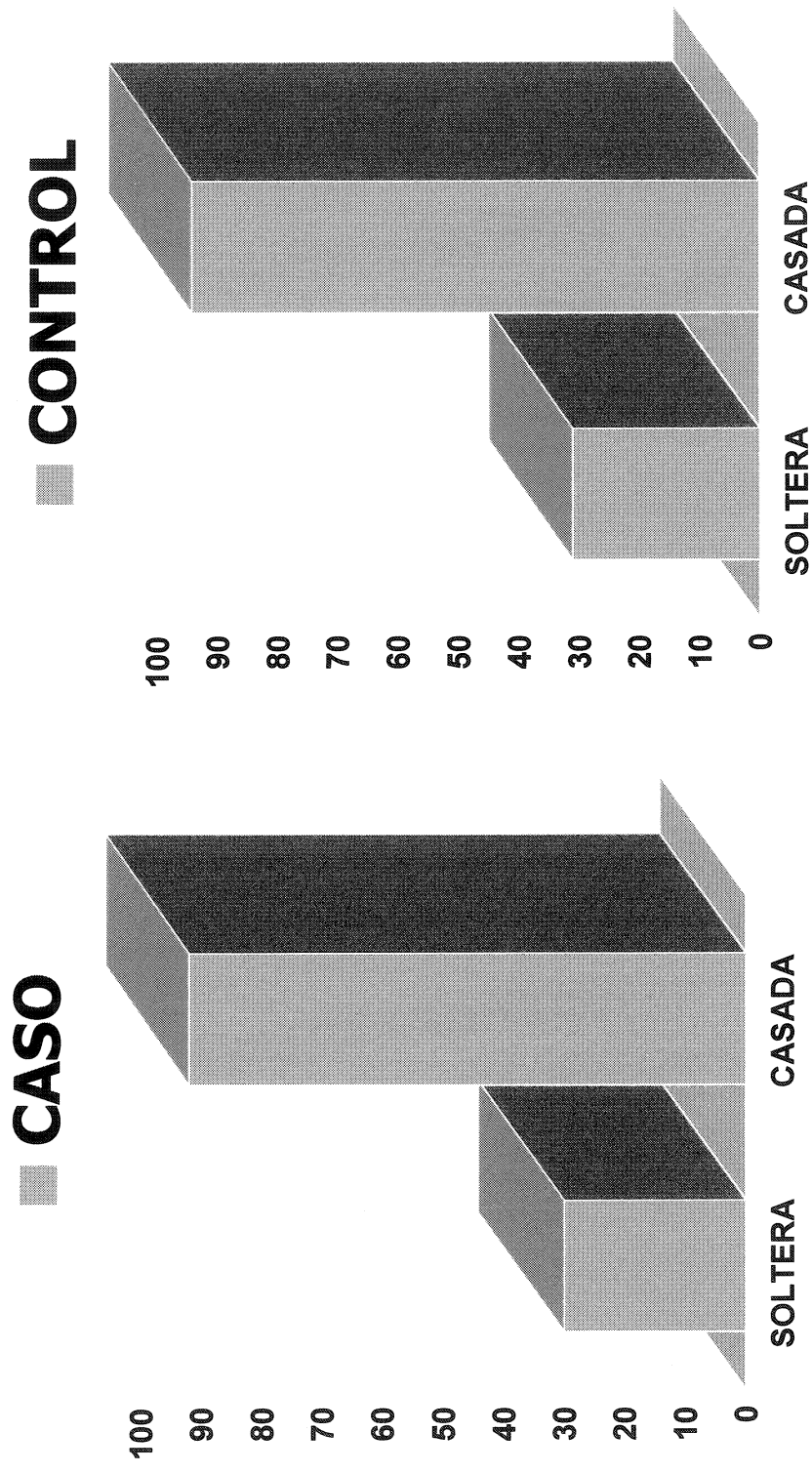
Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre 2006

GRAFICA No.1 **EDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN** **MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



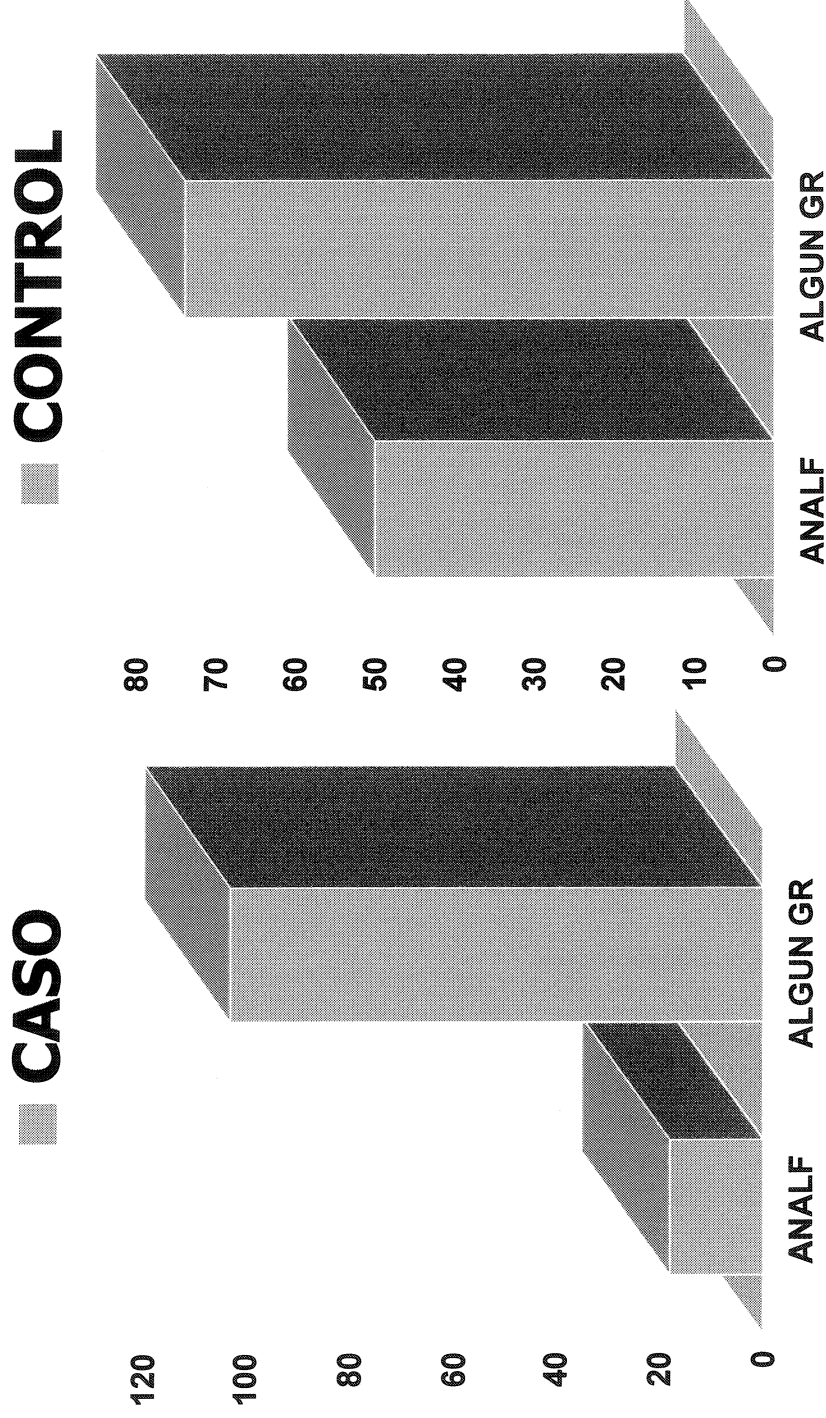
FUENTE: Cuadro No. 1

GRAFICA No.2 **ESTADO CIVIL COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL** **CACU EN MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



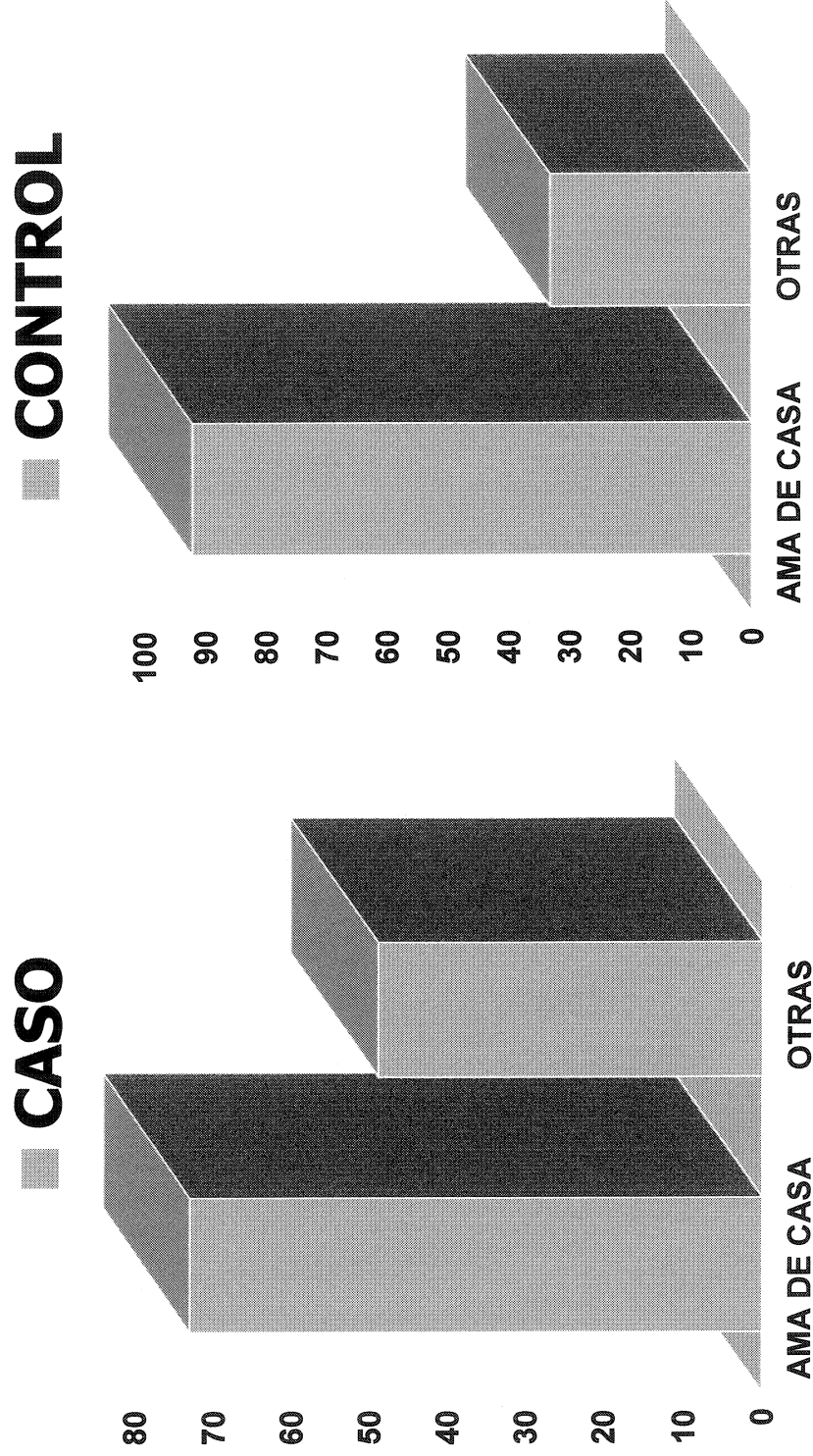
FUENTE: Cuadro No. 1

GRAFICA No.3 **ESCOLARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL** **CACU EN MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**

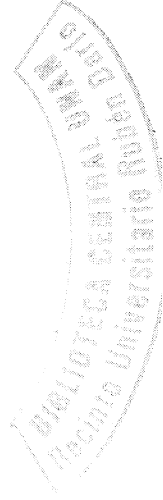


FUENTE: Cuadro No. 1

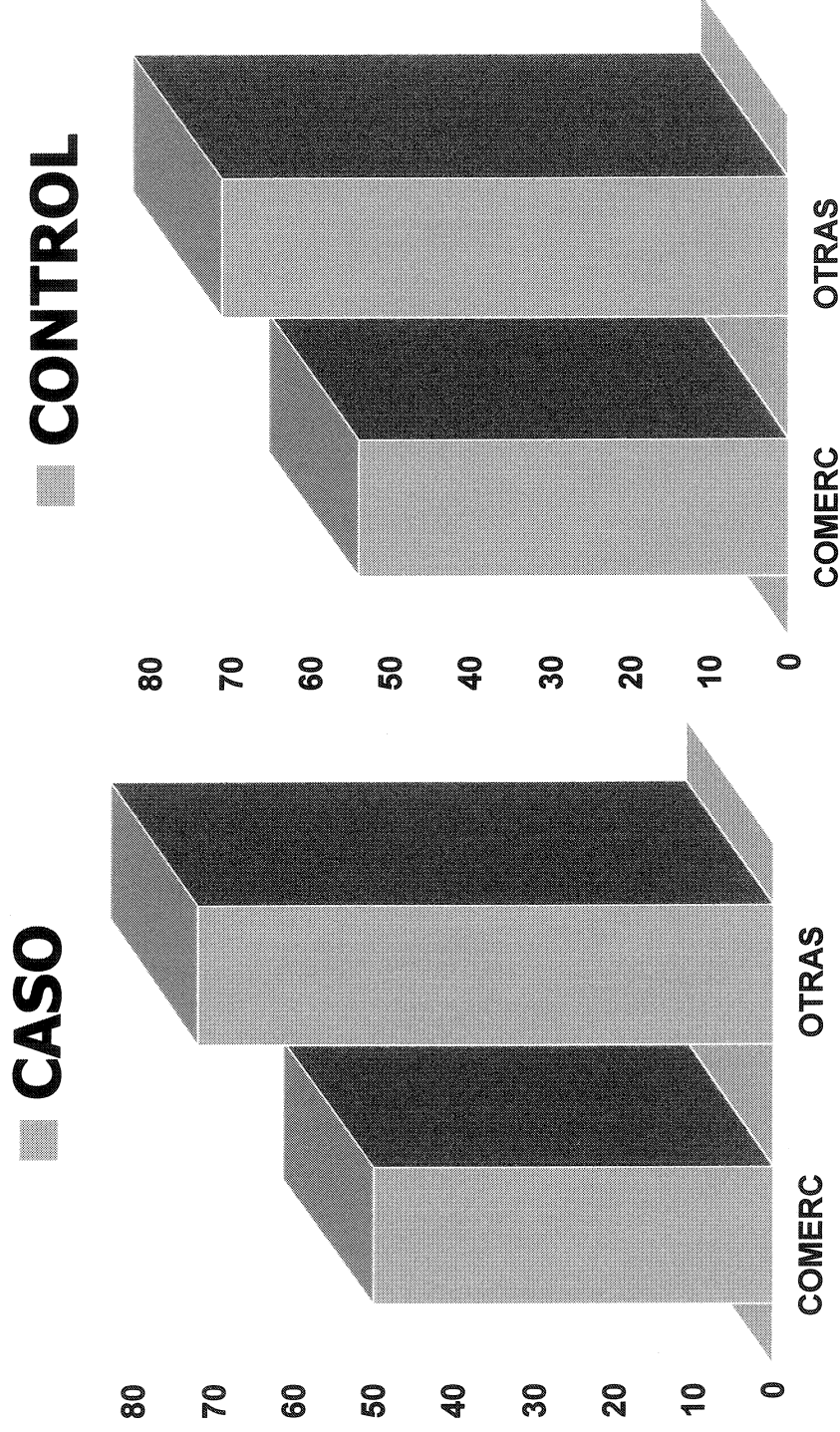
GRAFICA No.4 **OCUPACION COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL** **CACU EN MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 1



GRAFICA No.5 **OCUPACION DEL CONYUGE COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 1

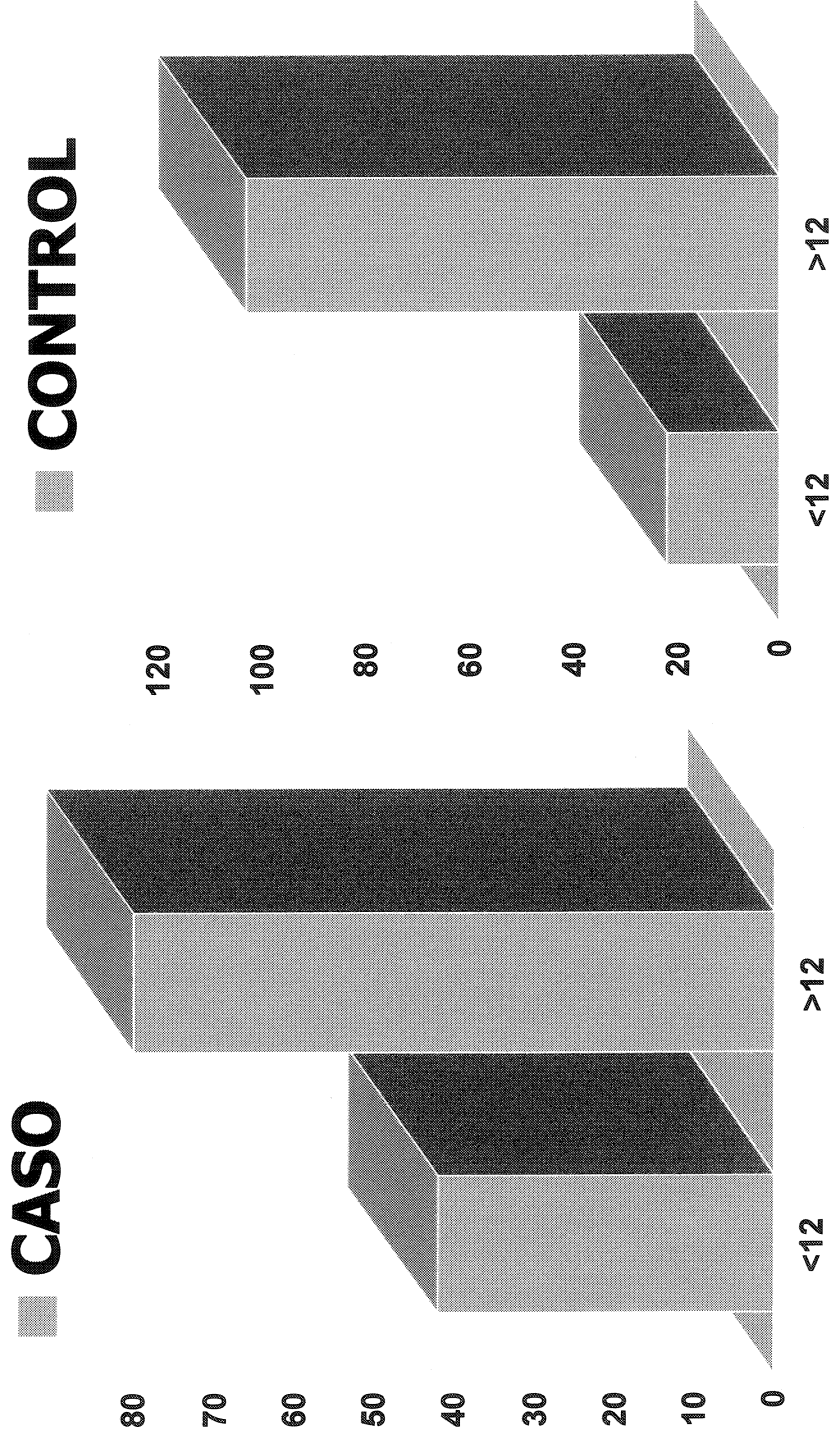
CUADRO NO 2

Antecedentes ginecológicos vs. Condición como factor de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

Antecedentes ginecológicos	CONDICIÓN DE RIESGO						Estadísticos
	CASOS n=122		CONTROLES n =125		Total n =247		OR IC CH2 P
	No	%	No	%	No	%	
Menarca							
<12	42	34.4	22	17.6	64	25.9	2.46
>12	80	65.6	103	82.4	183	74.1	1.31-4.65
							9.07
							0.0026001
IVSA							No se hace tiene
<15	118	96.7	0	0.0	118	47.7	cero
>15	4	3.3	125	100.0	129	52.3	
Uso de Anticonceptivos							
Si	92	75.4	33	26.4	125	50.6	8.55
No	30	24.6	92	73.6	122	49.4	4.64- 15.48
							59.09
							0.00000000
Frecuencia de PAP	n=121		n=122		n=243		
Nunca	9	7.4	1	0.8	10	4.12	9.72
Alguna vez	112	92.6	121	99.2	233	95.88	1.23 – 208.13
							6.72
							0.0095558

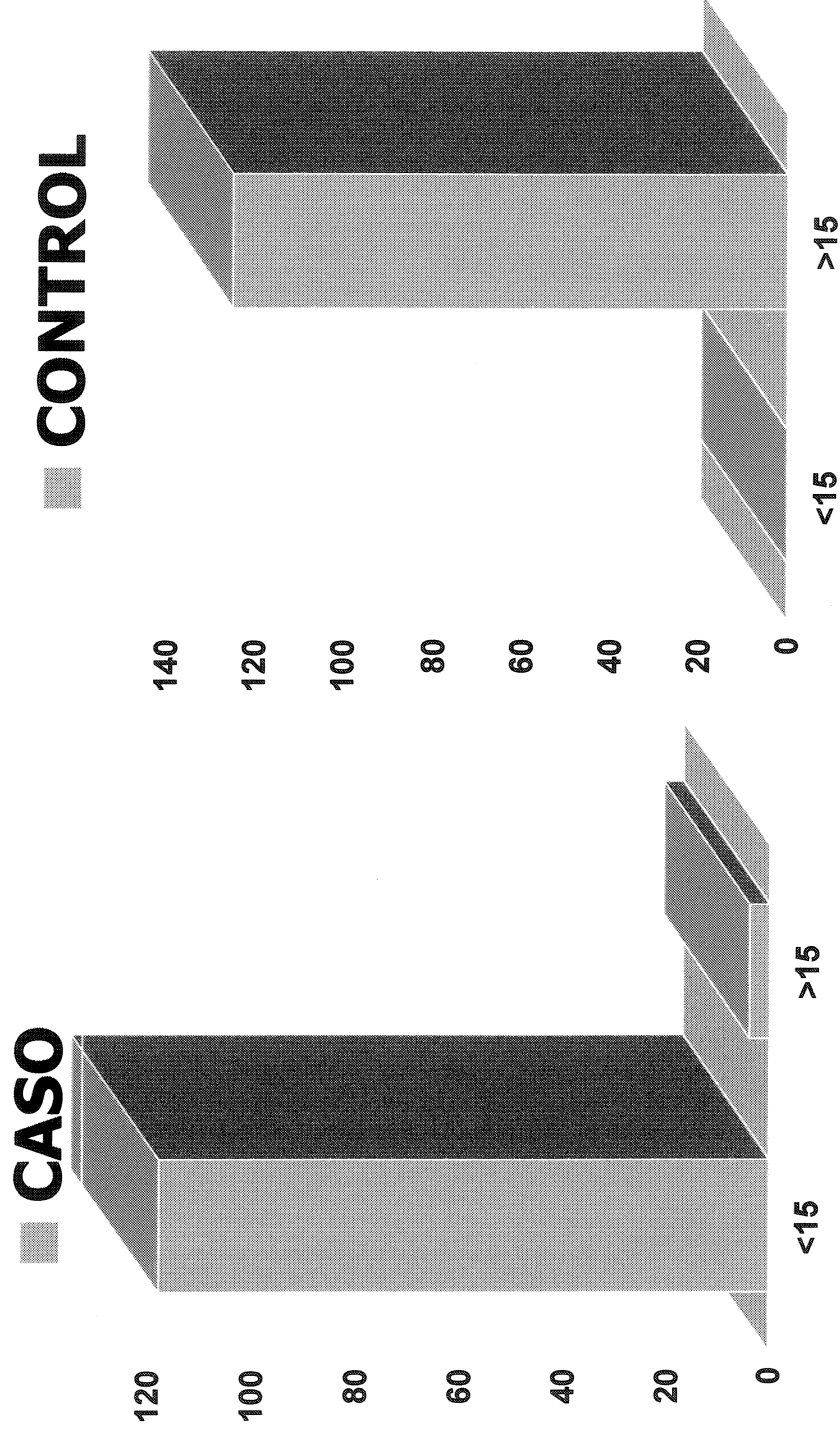
Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre2006

GRAFICA No.6 **MENARCA COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU** **EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



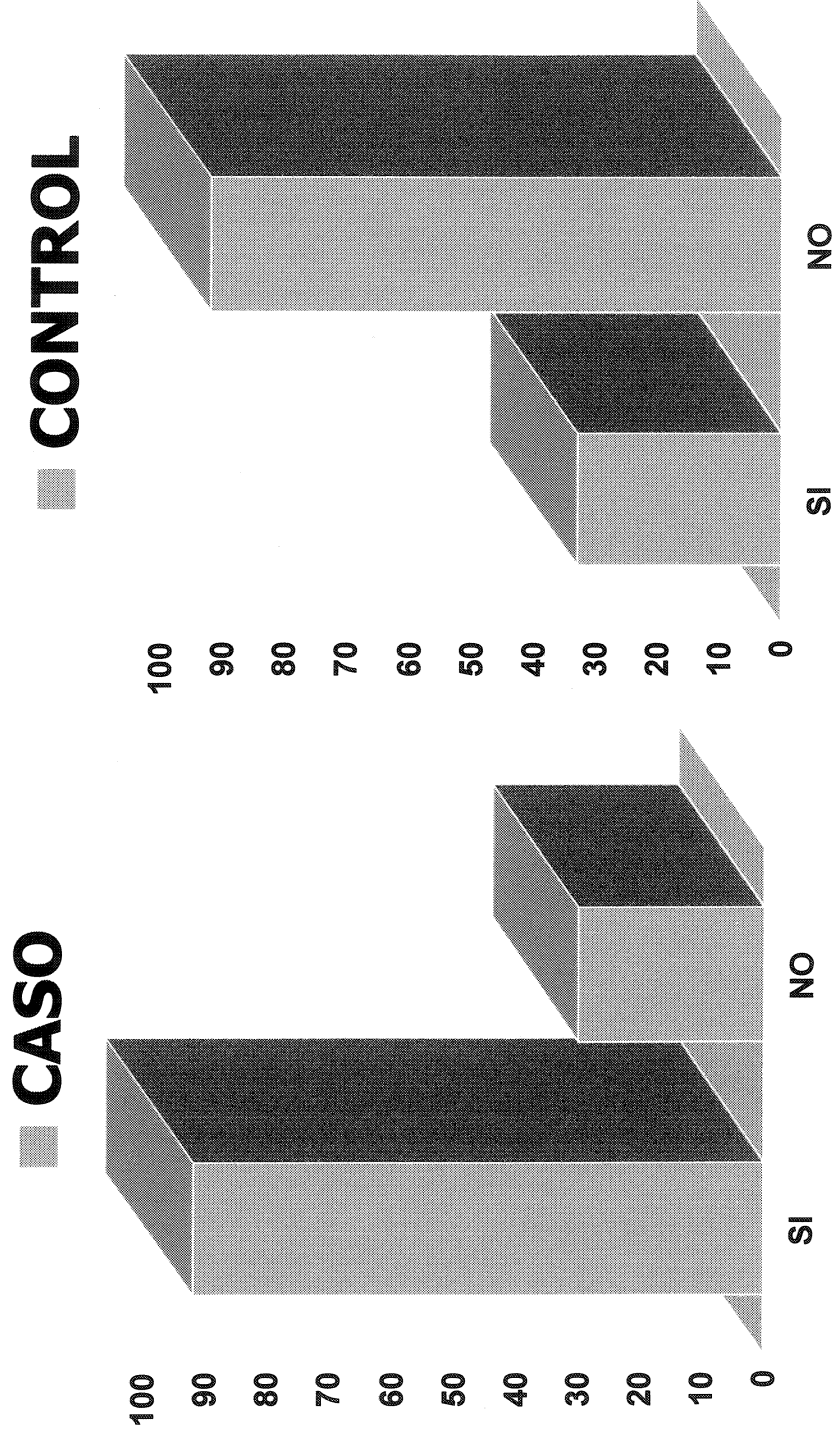
FUENTE: Cuadro No. 2

GRAFICA No.7 **IVSA COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN** **MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



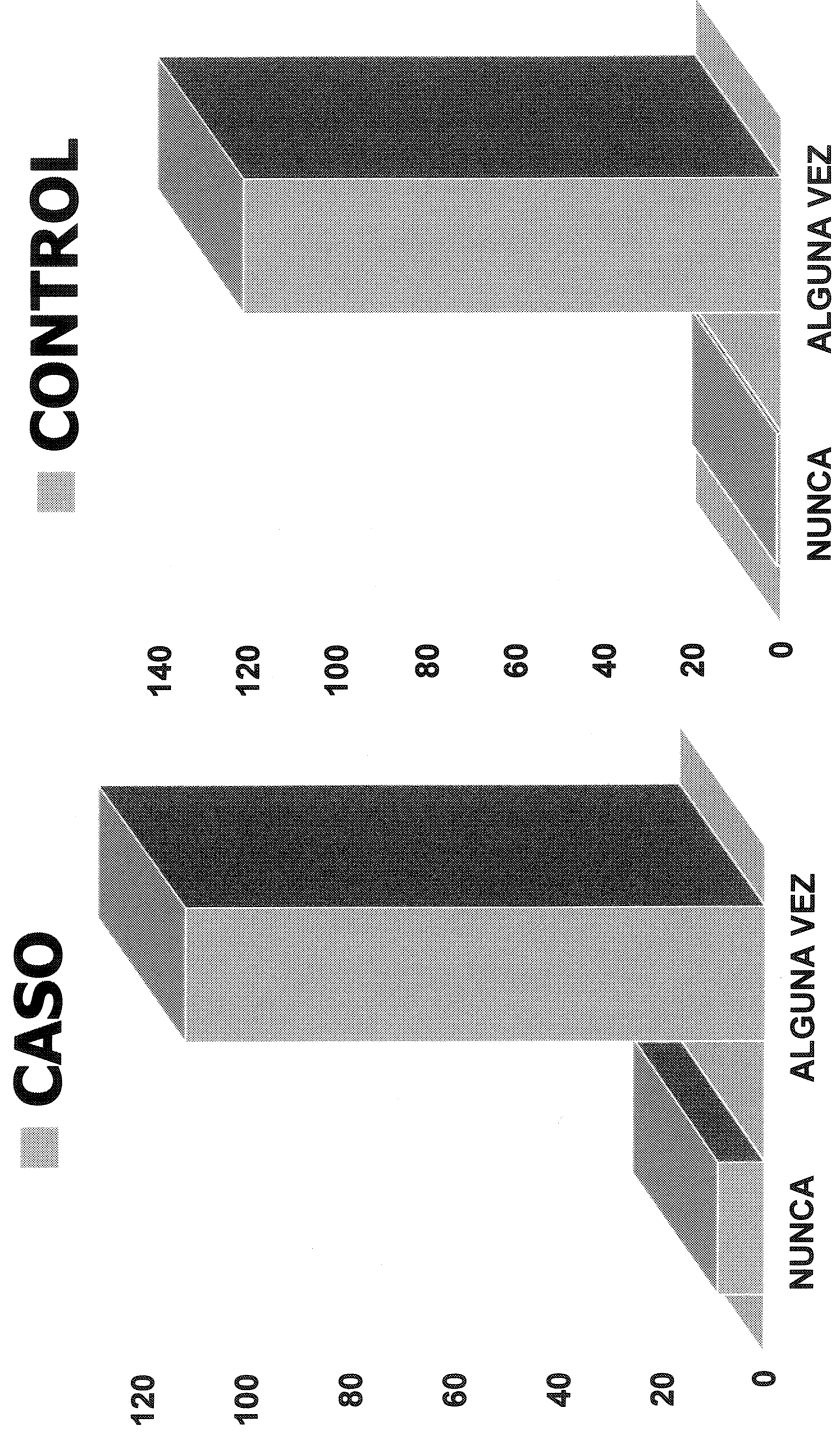
FUENTE: Cuadro No. 2

GRAFICA No.8 **USO DE AC HORMONALES COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS** **LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2

GRAFICA No.9 **FRECUENCIA DEL PAP COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP** **DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2

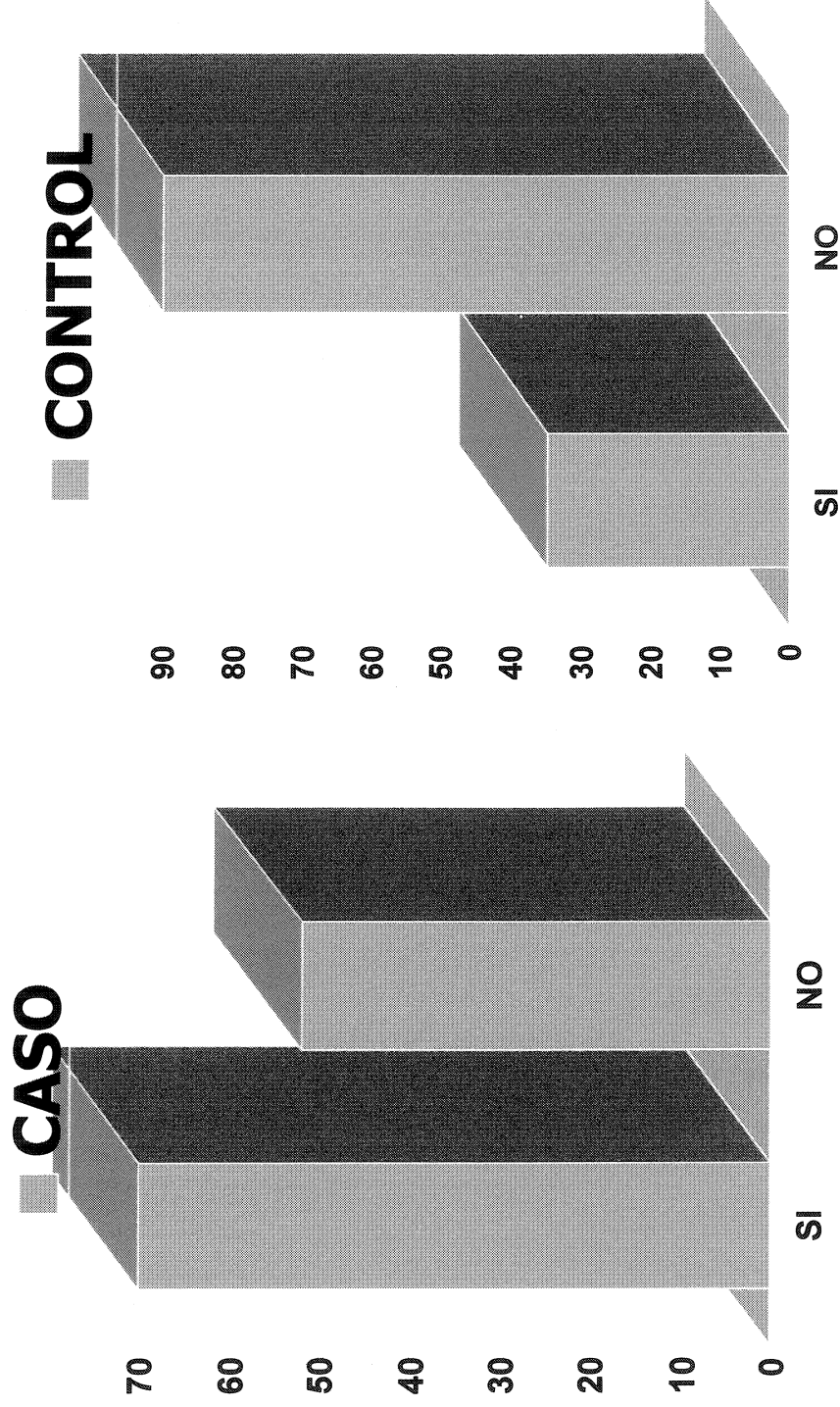
CUADRO NO 2 A

Antecedentes ginecológicos vs. Condición como factor de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

Antecedentes ginecológicos	CONDICIÓN DE RIESGO						Estadísticos
	CASOS n=122		CONTROLES n =125		Total n =247		OR IC CH2 P
	No	%	No	%	No	%	
Citologías Vaginales para VPH							
Si	70	57.4	35	28.0	105	42.5	3.46 1.97-6.10 21.71 0.0000032
No	52	42.6	90	72.0	142	57.5	
Antecedentes de ITS	n=122		n=124		n=246		
Si	90	73.8	60	48.4	150	61.0	3.00 1.7-5.32 16.58 0.0000465
No	32	26.2	64	51.6	96	39.0	
Numero de compañeros Sexuales	n=122		n=124		n=246		
4 y >	14	11.5	15	12.0		11.8	0.94 0.41-2.18 0.02 0.8801362
<4	108	88.5	109	88.0	29 217	88.2	

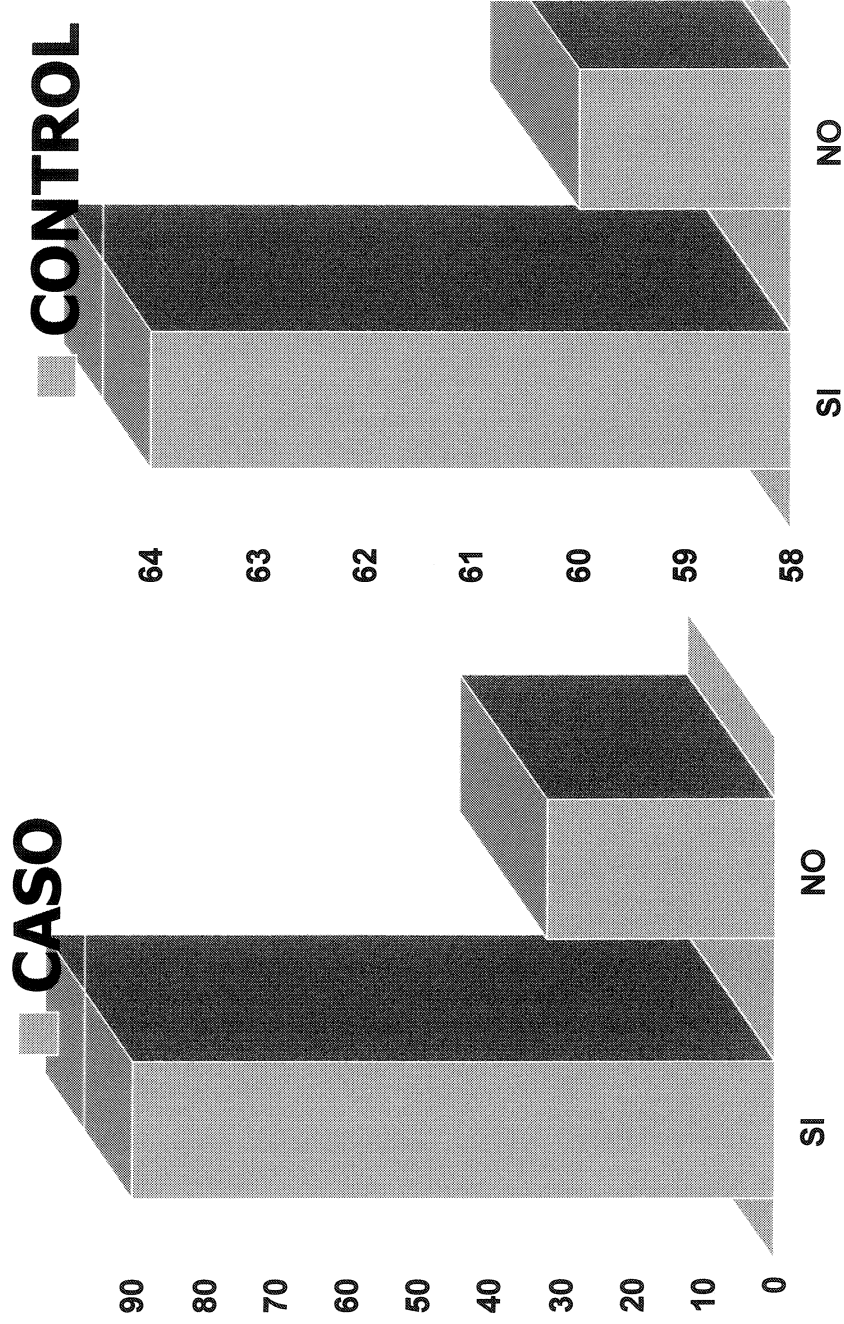
Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre 2006

GRAFICA No.10 **ANTECEDENTES DE VPH COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS** **LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



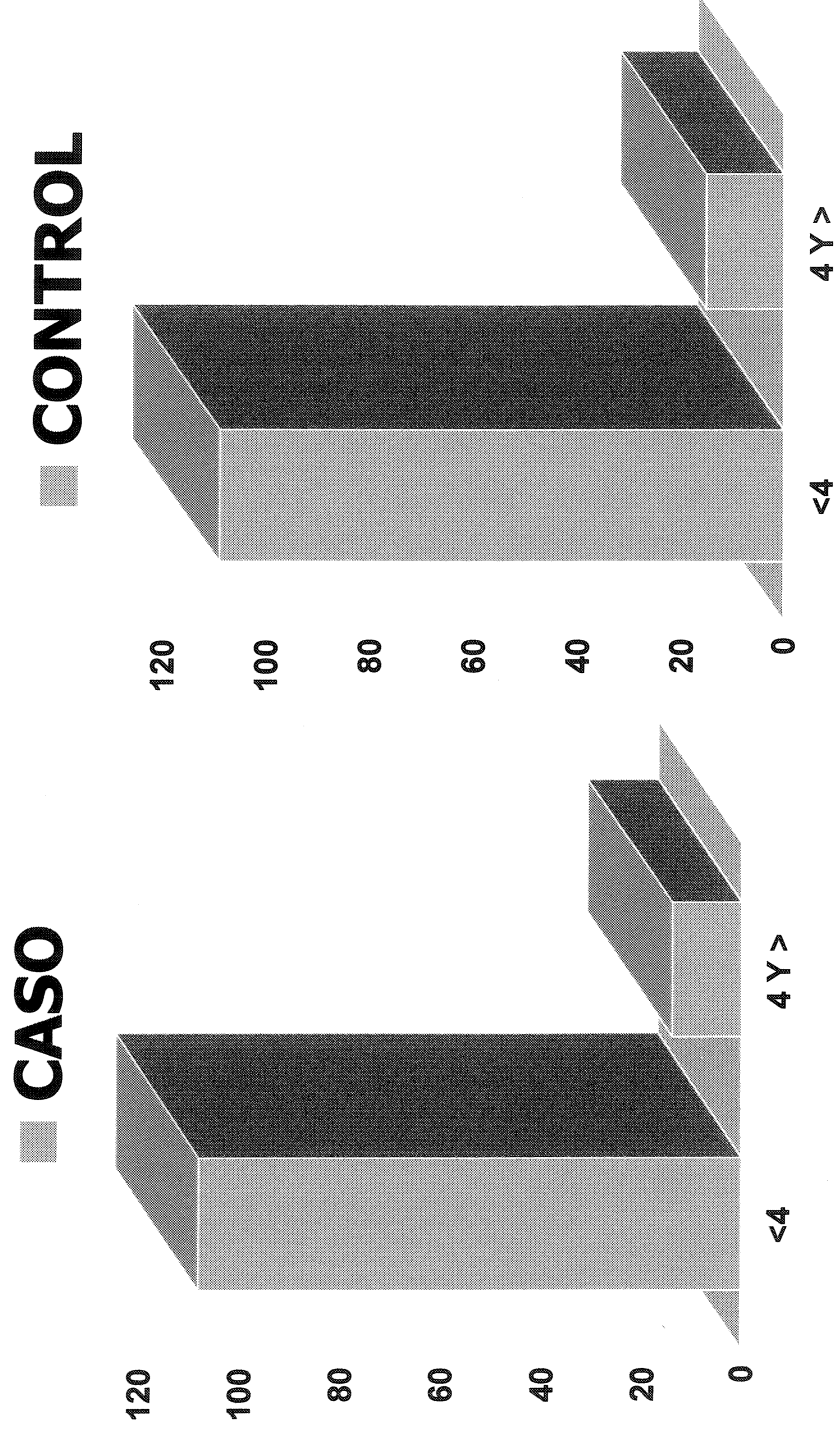
FUENTE: Cuadro No. 2A

GRAFICA No.11 **ANTECEDENTES DE ITS COMO FACTOR DE RIESGO** **LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2A

GRAFICA No.12 **NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2A

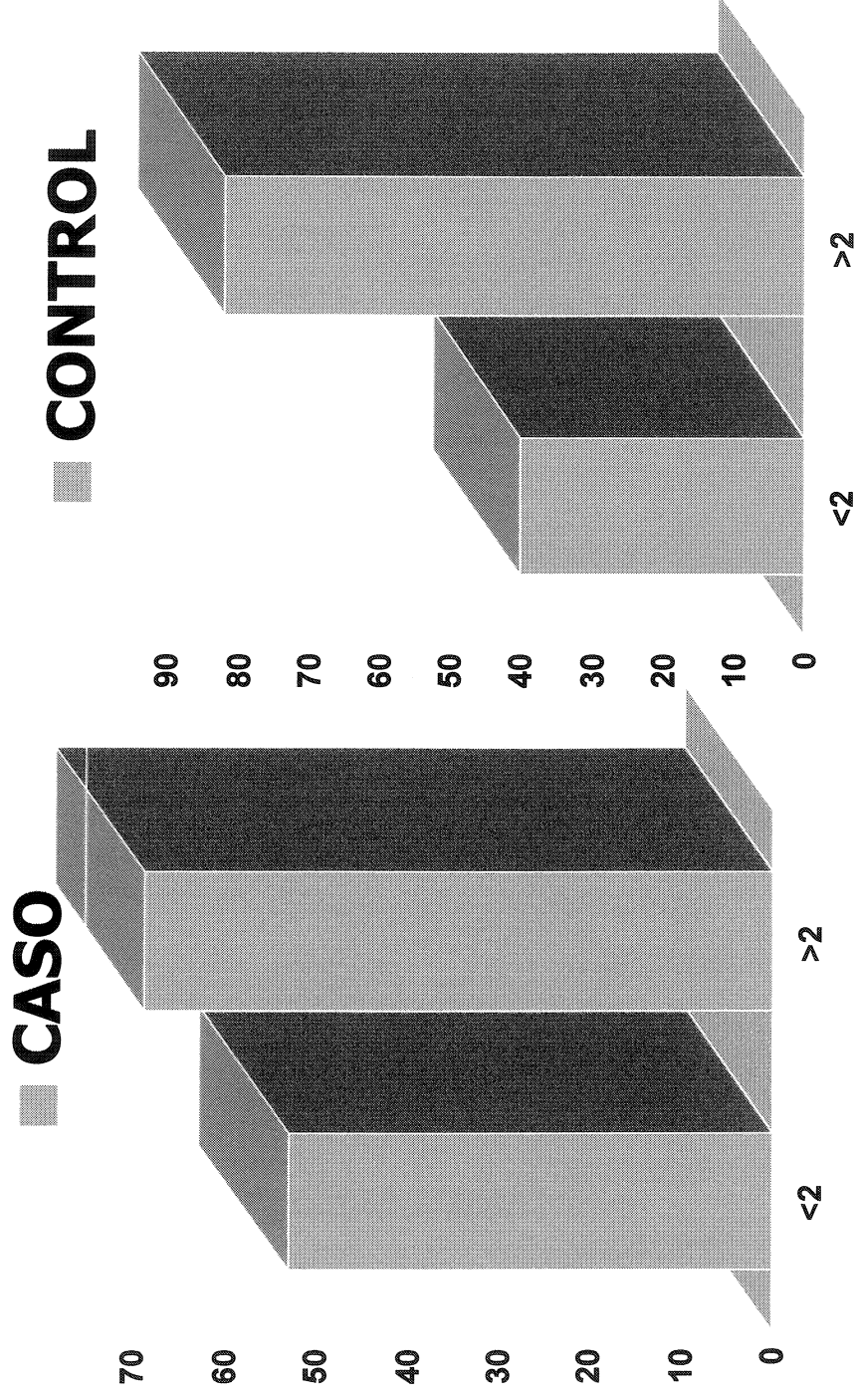
CUADRO NO 2 B

Antecedentes obstétricos vs. Condición como factor de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

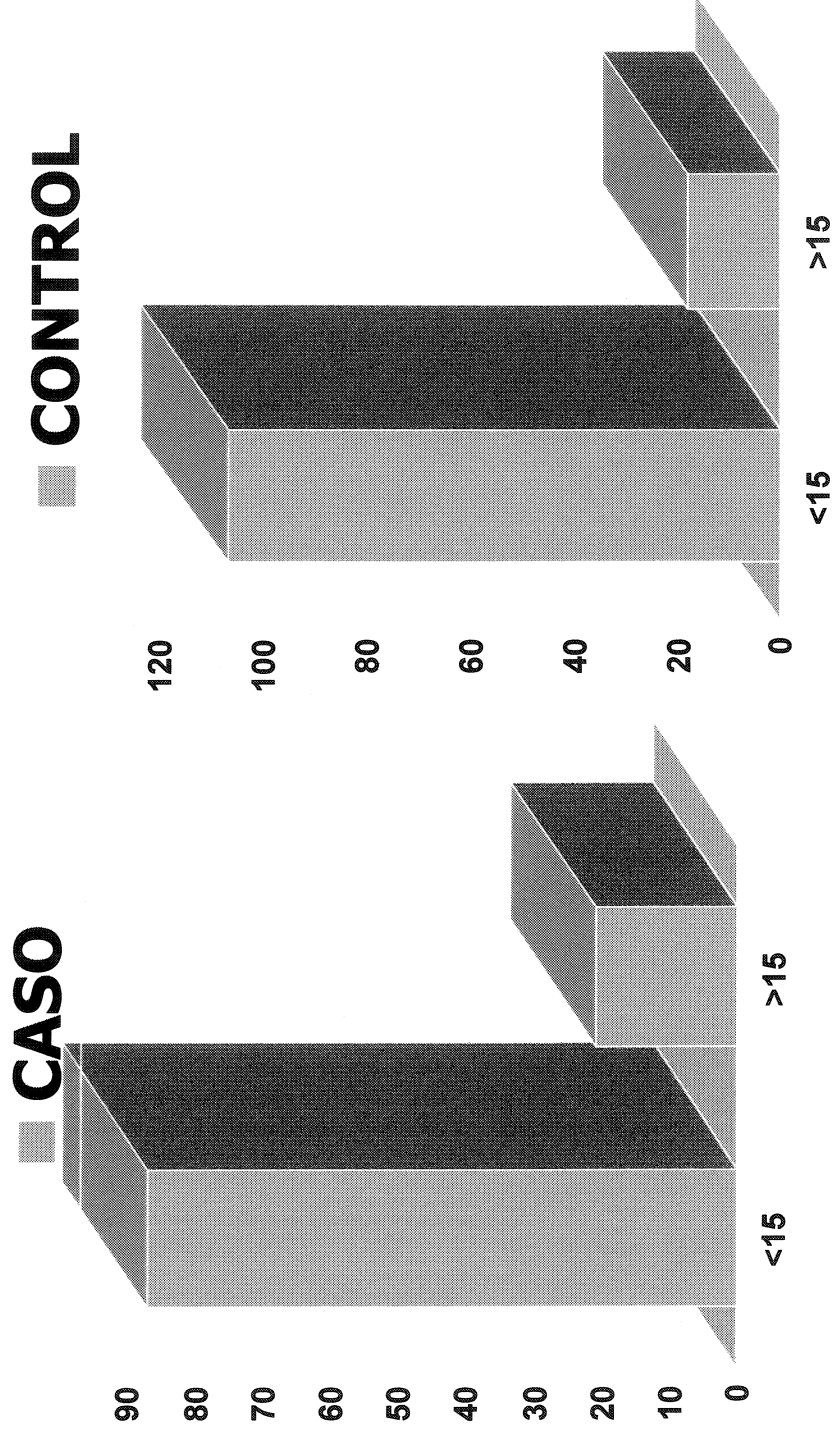
Antecedentes obstétricos	CONDICIÓN DE RIESGO						Estadísticos
	CASOS n=122		CONTROLES n =124		Total n =246		OR IC CH2 P
	No	%	No	%	No	%	
Gestas 2 y > < 2	105 17	86.0 14.0	117 7	94.4 5.6	222 24	90.2 9.8	0.37 0.13-0.99 4.78 0.0287944
Edad del primer embarazo	n=108		n=125		n=233		0.70 0.33-1.47 1.05 0.3047316
<15 >15	87 21	80.56 19.44	107 18	85.6 14.4	194 39	83.3 16.7	
Numero de partos vaginales	n=122		n=122		n=244		2.67 1.54-4.65 13.89 0.0001940
>2 <2	69 53	56.56 43.44	40 82	32.79 67.21	109 135	45.0 55.0	

Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre2006

GRAFICA No.13 **GESTAS COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN** **MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**

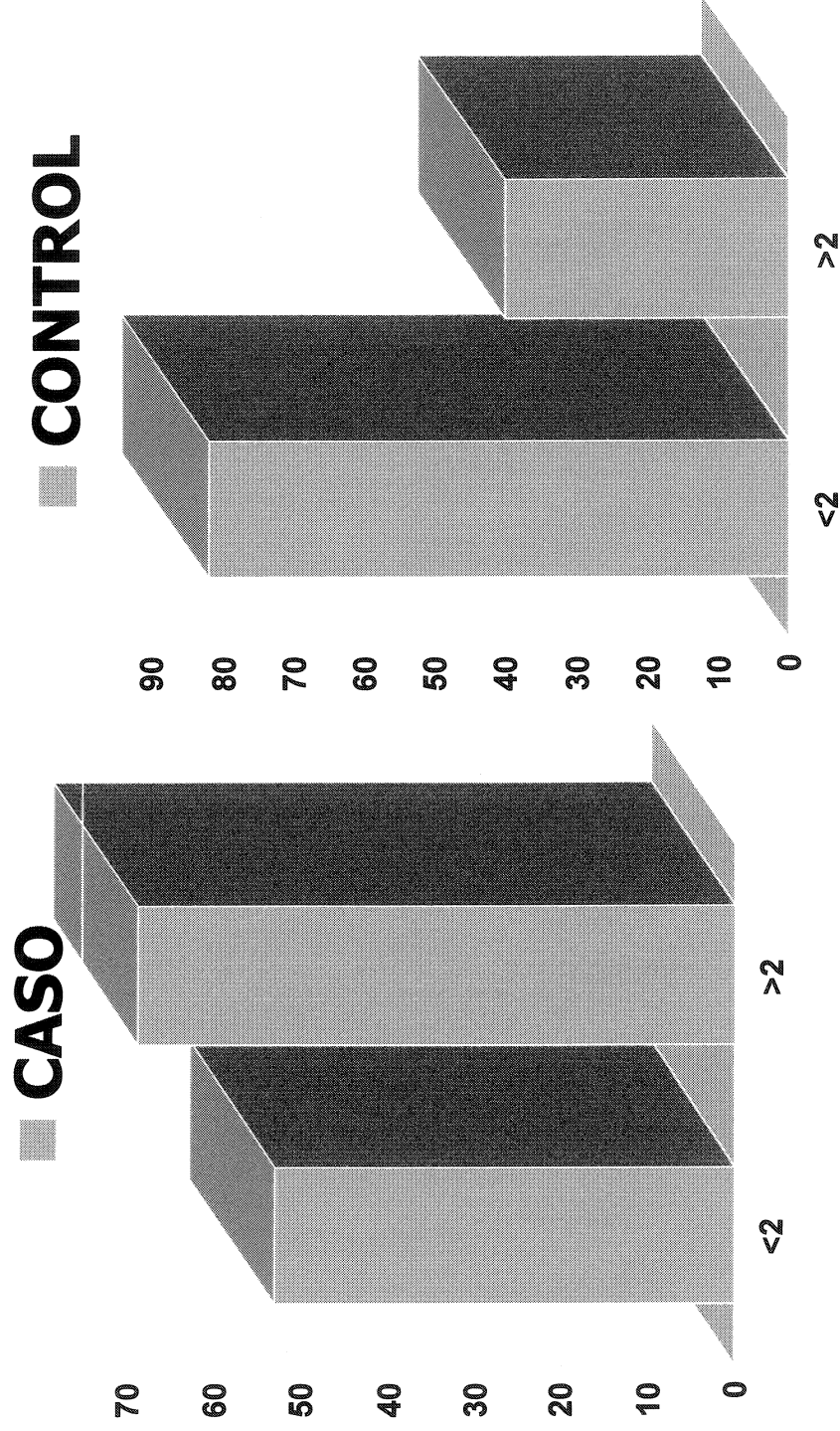


GRAFICA No.14 **EDAD DEL PRIMER EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO** **DE LAS LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2B

GRAFICA No.15 **NUMERO DE PARTOS VAGINALES COMO FACTOR DE RIESGO** **DE LAS LP DEL CACU EN MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 2B

CUADRO NO 3

Antecedentes no patológicos vs. Condición como factor de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

Antecedentes no patológicos	CONDICIÓN DE RIESGO						Estadísticos
	CASOS n=122		CONTROLES n =124		Total n =246		OR IC CH2 P
	No	%	No	%	No	%	
FUMA							
Si	89	72.9	63	50.8	152	61.79	2.61
No	33	27.1	61	49.2	94	38.21	1.48-4.61 12.72 0.0003617

Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre2006

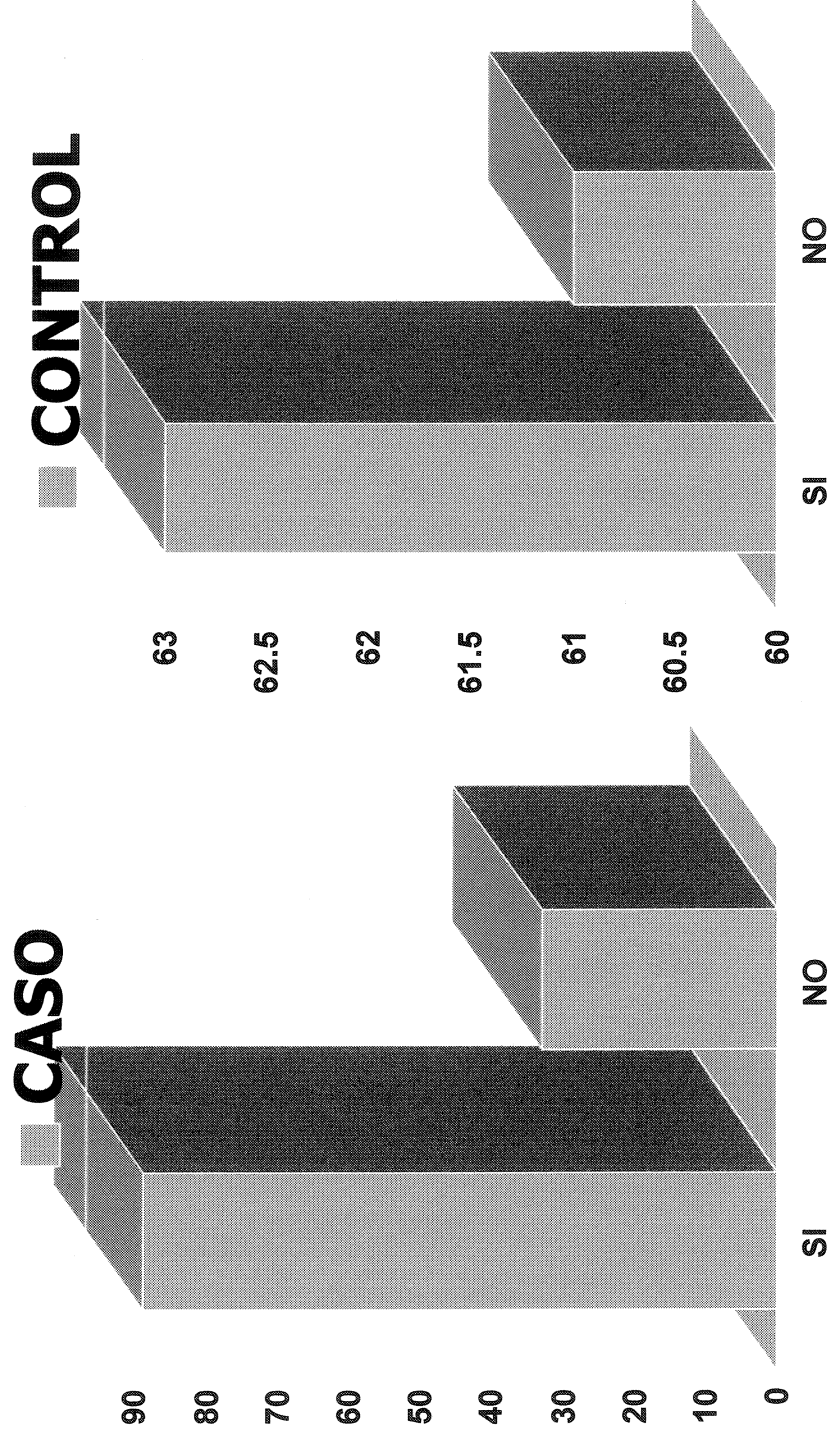
CUADRO NO 4

Lesiones precursoras de CACU en mujeres atendidas por el programa sectorial de prevención y atención del cáncer cervicouterino de octubre a diciembre 2006

TIPO DE LESION PRECURSORA	N	%
VPH	53	43.09
NIC I	7	5.69
NIC II	40	32.52
NIC III	23	18.70

Fuente Expedientes clínicos y hoja de reporte de citología de Ixchen. Octubre a Diciembre2006

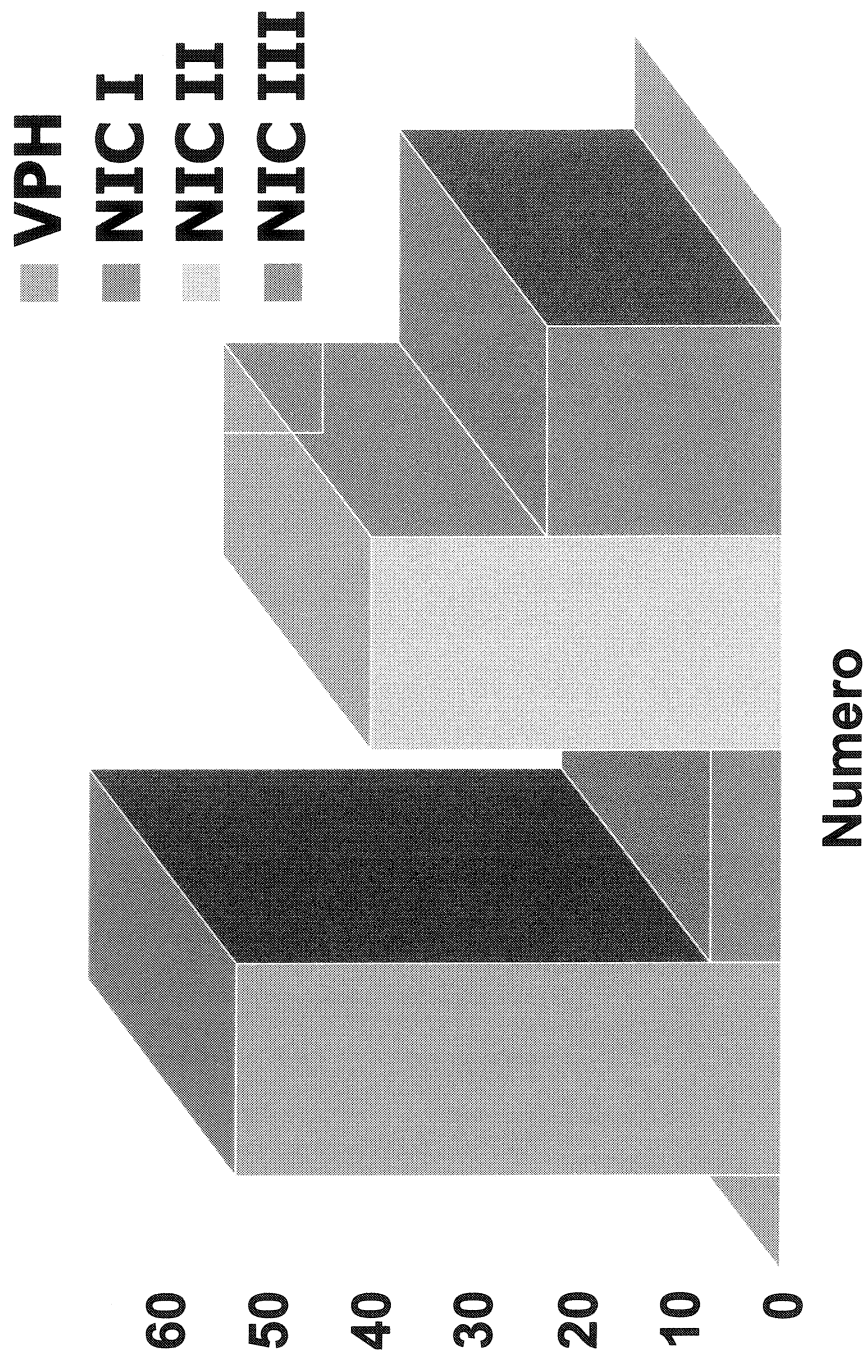
GRAFICA No.16 **FUMADO COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS LP DEL CACU EN** **MUJERES ATENDIDAS** **EN IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 3

GRAFICA No.17

**Tipos de Lesiones Precursoras del CACU en mujeres
atendidas en IXCHEN. OCT-DIC.2006**



FUENTE: Cuadro No. 4

GLOSARIO

Biopsia: Proceso de extracción de tejidos u otras materias procedentes de un organismo vivo, para examen microscópico con fines de diagnóstico histopatológico.

Cáncer: Tumor maligno originado por la pérdida de control del crecimiento de las células, que puede invadir estructuras adyacentes o propagarse a sitios alejados y tener como resultado la muerte.

Cáncer invasor: Cualquiera de las etapas de carcinoma invasivo, desde los carcinomas sólo diagnosticados por microscopio, hasta las lesiones de gran magnitud con invasión al estroma, extensión a todo el órgano, órganos adyacentes y propagación a órganos distantes.

Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestran el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

Cáncer microinvasor: Invasión del estroma cervical con una medida máxima de profundidad de 5mm y una extensión horizontal máxima de 7mm.

Cepillado endocervical: Obtención de células del canal endocervical a través de un cepillo, para su examen microscópico.

Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocervix y exocervix, a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou.

Clínica de lesiones tempranas: Área independiente o adscrita a una unidad hospitalaria, reservada para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con afecciones debidas a lesiones precursoras o cáncer. Establecimiento médico en donde el servicio es otorgado por un médico colposcopista, cuya función es realizar el diagnóstico colposcópico y el tratamiento conservador de las lesiones intraepiteliales del cérvix.

Colposcopia: Procedimiento exploratorio instrumentado, en el que se emplea un aparato con sistemas ópticos de aumento, a través del cual se puede observar la vulva, la vagina y el cérvix uterino, visualizándose en este último las condiciones de su epitelio, al cual se le pueden realizar tinciones fines de orientación diagnóstica.

Colposcopia no satisfactoria: Examen colposcópico en el que no se puede visualizar la totalidad de la unión escamo columnar o los límites de la lesión en el cuello uterino.

Consentimiento Informado: Es la aceptación libre, voluntaria, con pleno conocimiento y comprensión de la información de la usuaria para que le realicen un procedimiento diagnóstico o terapéutico.

Conización: Resección de una lesión de la zona de transformación del cuello uterino con una profundidad no menor a 5 mm con fines diagnósticos y/o terapéuticos. También se denomina cilindro o cono diagnóstico.

Consejería: La consejería es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y la usuaria.

Criocirugía: Aplicación de temperatura, hasta alcanzar el punto de congelación de las células, produciendo su muerte.

Displasia: Pérdida de la capacidad de maduración del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares.

Electro cirugía: Empleo de la corriente eléctrica interna de alta frecuencia para escindir la zona de transformación y la lesión con una profundidad no menor de 5mm.



Epidemiología: estudio del comportamiento de una enfermedad en una población, lugar y tiempo determinados.

Factor de riesgo: Condición particular que incrementa la posibilidad de desarrollar una patología.

Histerectomía: intervención quirúrgica para extirpar totalmente el útero por vía vaginal o abdominal

Histopatología: Estudio de la composición y de la estructura microscópica de los tejidos enfermos, con fines diagnósticos.

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad o daño, ocurridos en una población, lugar y tiempo determinados.

LASER (Light amplification stimulated emission of radiation): Uso de la energía fotónica para la destrucción o escisión de lesiones y/o la zona de transformación del cuello uterino. , con una profundidad no menor a 5 mm.

Lesión de bajo grado: Incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atípica coilocítica), restringida generalmente a la capa basal. Corresponde a estas lesiones la displasia leve/ NIC 1.

Lesión de alto grado: Cambios celulares asociados a mitosis atípica, de moderada a intensa, que abarca todo el espesor del epitelio, incluyendo la capa basal. Corresponde a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/ NIC 2-3.

Morbilidad: Proporción de enfermos en una población determinada durante un tiempo y lugar específico.

Mortalidad: Proporción de defunciones ocurridas en una población determinada, durante un tiempo y lugar específico.

Neoplasia: Proliferación autónoma de células anormales.

Perfil de riesgo: Características particulares asociadas a los casos de cáncer cervico uterino las cuales incrementan la probabilidad de desarrollar esta patología: mujer con edad de 25 a 64 años, con vida sexual activa o antecedentes de haber tenido vida sexual, que no se ha realizado estudios previos de citología cervical y presenta cuadros repetitivos de infecciones transmitidas sexualmente.

Perspectiva de Género: Visión que permite identificar las formas de relación entre hombres y mujeres y el consecuente impacto en su salud. Dicha perspectiva permite visualizar la atención de la salud, de acuerdo al resultado de esta relación.

Sistema de Clasificación Bethesda: Definición consensuada por un grupo de expertos en Bethesda, Maryland, sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.

Tamizaje: Examen realizado de manera intencionada una población aparentemente sana, con la finalidad de descubrir un trastorno específico.

Virus del Papiloma Humano: Microorganismos pertenecientes a la familia de los papovavirus, infectan la piel y las mucosas pudiendo producir tumores epiteliales benignos o malignos, varían en su tropismo tisular, su asociación con distintas lesiones y su potencial oncogénico.

Visualización Directa: Inspección del cérvix mediante el uso de un espejo vaginal y una iluminación apropiada.

Zona de transformación: Es el área comprendida entre el epitelio escamoso original y el epitelio columnar del cérvix uterino, dentro de la cual pueden identificarse diversos grados de maduración del epitelio metaplásico

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**



INFORME EJECUTIVO

TEMA:

Factores de riesgos asociados al desarrollo de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino en mujeres atendidas en las unidades móviles del programa Sectorial de Prevención y Atención del Cáncer CervicoUterino. Octubre a Diciembre 2006.

AUTORA:

Dra. Rocío Maud Mondragón Casco.

**TUTORA: Lic. Yadira Medrano Moncada, MSP
Profesora Titular, UNAN – MANAGUA.**

INDICE

INTRODUCCION..... 1

METODOLOGIA..... 2 – 5

RESULTADOS..... 6 - 7

RECOMENDACIONES..... 8

PLAN DE INTERVENCION..... 9

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en las mujeres en todo el mundo, con medio millón de casos nuevos cada año (Ferlay et al., 2000). El tamizaje mediante el examen de un frotis cervical, más el adecuado tratamiento de seguimiento, pueden lograr grandes reducciones de las tasas de incidencia y mortalidad (Miller et al., 1990). El frotis puede revelar anomalías citológicas que indican la presencia de una lesión.¹⁴

Nicaragua tiene una de las mayores tasas de cáncer cervical de América Latina y el mundo. De acuerdo a datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud, Nicaragua tiene una de las tasas más altas en mortalidad por Cáncer Cervical. Cada año mueren 300 mujeres por esta causa. A pesar que es una enfermedad curable si se detecta a tiempo. ¹⁴

El método más ampliamente usado para el diagnóstico temprano y oportuno de esta neoplasia es un método desarrollado inicialmente hace más de 60 años, no es doloroso, es fácil de efectuar y tiene una alta efectividad a un costo relativamente bajo. Es la citología exfoliativa cervicovaginal (o frotis cervicovaginal o prueba de Papanicolaou).¹⁶

El tamizaje por medio del examen de Papanicolaou es una manera de detectar en forma efectiva neoplasias cervicales intraepiteliales en su fase temprana y prevenir la morbilidad y la muerte asociada con los estadios tardíos del cáncer de cérvix. El examen de Papanicolaou permite identificar a las mujeres que requieren un seguimiento y tratamiento pero el examen pierde su valor si no se cuenta con el sistema de referencia adecuado. ¹⁶

El cáncer cervical es una enfermedad que afecta desproporcionadamente a mujeres pobres debido a su creciente vulnerabilidad a la infección del Virus del Papiloma Humano, baja calidad del tamizaje, y posiblemente a una débil respuesta a la infección del VPH debido a su estatus nutricional. ⁸

El cáncer de cuello uterino es uno de los problemas de salud más graves en la mujer. Las muertes por cáncer en mujeres latinoamericanas son causadas por cáncer invasor del cuello de útero. El cáncer de cérvix es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres, seguido por cáncer de mama. ⁴

La muerte por cáncer del cuello de la matriz puede ser reducida en forma notable con programas de control establecidos a nivel local. Estos programas deben estar integrados en todos los distintos niveles de atención a la población. El contacto primordial debe ser en el primer nivel de atención, Centros de Salud y Centros Comunitarios, donde debe efectuarse la toma de la muestra. El conocimiento de la evolución de la historia natural del cáncer de células escamosas es importante para desarrollar un programa de control. ¹²

CAPITULO II DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo observacional analítico de casos y controles. Se realizó en usuarias del Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudió el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.

UNIVERSO

La población estudiada correspondió a todas las mujeres (3368) se realizaron papanicolaou en las unidades móviles del programa en el periodo comprendido octubre a diciembre 2006

MUESTRA

La muestra fue no probabilística por conveniencia para los 123 (3.65% del universo) casos, correspondiendo a todas las mujeres cuyo reporte citológico determinó lesiones precursoras de cáncer cervicouterino Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudió el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.

La muestra para los 123 (3.65% del universo) controles fue elegida, de la misma manera, de todas las pacientes que se realizaron papanicolaou en el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudió el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006, pero cuyo reporte citológico no informó de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION PARA LOS CASOS

A. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Paciente que se halla realizado Papanicolaou el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudió el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.
2. Paciente cuyo reporte citológico determine, según el sistema de Bethesda, la presencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo y Alto Grado.
3. Paciente con reporte citológico que determine toma adecuada, satisfactoria para la valoración.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados
2. Paciente con diagnóstico citológico de ASCUS y cáncer cervicouterino

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION PARA LOS CONTROLES

A. CRITERIOS DE INCLUSION

1. Paciente que se halla realizado Papanicolaou el Programa Sectorial de Prevención y Atención del cáncer cervicouterino y se estudio el periodo comprendido entre octubre a diciembre 2006.
2. Paciente cuyo reporte citológico es normal
3. Paciente con reporte citológico que determine toma adecuada, satisfactoria para la valoración.

B. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Todas las pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados

ENUMERACION DE LAS VARIABLES:

- EDAD
- ESTADO CIVIL
- ESCOLARIDAD
- OCUPACION
- OCUPACIÓN CÓNYUGE
- MENARCA
- INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA
- GESTA
- PARTO VAGINALES
- PAP PREVIO
- MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
- TABAQUISMO
- NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES
- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL
- TIPO DE LESION

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTOS	INDICADOR	ESCALA/ VALOR
EDAD	Años transcurridos desde el nacimiento de la paciente hasta la fecha de realización del PAP bajo estudio	Años	<50 >50
ESTADO CIVIL	Condición social que revela enlace de una persona con otra.	Condición de pareja	Casada Acompañada
ESCOLARIDAD	Nivel académico alcanzado por paciente.	Ultimo grado aprobado	Algún grado de escolaridad Analfabeta
OCUPACION	Empleo, oficio o actividad a la que se dedica la paciente.	Tipo de empleo	Ama de casa Otra
OCUPACION del Cónyuge	Empleo, oficio o actividad a la que se dedica la paciente.	Tipo de empleo	Comerciante Otra
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	Edad de primera relación sexual.	Años	<15 >15
GESTA	Numero de hijos nacidos vivos y fetos muertos de mas de 28 semanas de gestación se una paciente	Número	< 2 >2
PARTOS vaginales	Numero de embarazos de más de 28 semanas de gestación que finalizaron por vía vaginal.	Número	< 2 >2
PAP PREVIO	Existencia o no de papanicolaou anterior.	Antecedentes	Nunca Alguna Vez
USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	Utilización de método hormonal como anticonceptivo	Uso	Si No
TABAQUISMO	Consumo crónico de tabaco.	Practica	Si No
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	Numero de parejas con la que la paciente ha tenido relaciones sexuales.	Número	<4 >4
ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	Historia previa de contagio con enfermedades de transmisión sexual.	Antecedentes	Si No
DIAGNOSTICO CITOLOGICO	Presencia de lesiones epiteliales escamosas de bajo o alto grado, según el sistema de Bethesda.	Tipo de diagnóstico.	Normal Bajo Grado Alto Grado

ASPECTOS ETICOS

Se tomó en cuenta la confiabilidad y el respeto de la privacidad de cada uno de las participantes, se les informó los procedimientos y fin del presente estudio para que no tengan ningún temor en responder y participar en dicha investigación. Todos los datos fueron obtenidos de una forma veraz y confiable.

Explicación en lenguaje sencillo, comprensible y no técnico de todos los procedimientos a los que se van a someter, los riesgos y molestias y beneficios que entraña el estudio para las usuarias del programa.

PLAN DE TABULACION:

La información obtenida de las mujeres se proceso electrónicamente en el programa estadístico EPI INFO. Se aplicó en tablas de frecuencia y porcentajes, además se aplicó OR; IC; CH2 y P para buscar la asociación entre variable, todo fue sistematizado en cuadros en respuesta a cada uno de los objetivos del estudio. Todo el informe se grabó en Word, los cuadros y tablas en Excel.

PLAN DE ANALISIS

- Características demográficas de las mujeres / condición de riesgo
- Antecedentes ginecoobstétricos de las mujeres / Condición de riesgo
- Antecedentes no patológicos de las mujeres. / condición de riesgo
- Lesiones precursoras mas frecuentes en las mujeres.

RESULTADOS

A la evaluación de los resultados obtenidos del estudio, se demostró que tanto en los casos como en los controles la edad predominante fue la de las mujeres menores de 50 con un 90.2 % y un 85.6 % respectivamente, mientras que para la edad mayor de 50 años los datos obtenidos fueron de un 9,8 % para los casos y un 14.4 % para los controles. (OR 0.65, IC 0.28- 1.50, Ch2 1.20, P 0.2732546) (Ver cuadro N° 1)

En relación a la variable del Estado Civil las mujeres casadas tienen mayor frecuencia tanto en los casos como en los controles, con un 75.4 % y un 70.2 % respectivamente. Sin embargo las mujeres solteras registraron un 24.6 % y 24.8 % para los casos y controles. (OR 0.99, IC 0.53- 1.83, Ch2 0.00, P 0.9695634) (Ver cuadro N° 1)

En cuanto al nivel de escolaridad, las mujeres presentaron algún grado académico con un 72.2 % mientras que el 27.8 % fueron analfabeta; de los cuales el 85 % de las mujeres con algún grado académico pertenecen a los casos y el 59.67 % a los controles y las analfabetas con un 15 % y 40.3 % respectivamente para los casos. (OR 0.26, IC 0.13 - 0.50, Ch2 19.70, P 0.0000091). Variable estadísticamente significativa. (Ver cuadro N° 1)

La ocupación de las mujeres del estudio demostraron ser ama de casa en el 60 % y un 73.6 % para casos y controles. En otras ocupaciones registraron los siguientes datos; para los casos el 40 % y 26.4 % para los controles. (OR 0.53, IC 0.30- 0.95, Ch2 5.25, P 0.0219113). Esta variable es estadísticamente significativa. Se evaluó de igual manera la ocupación de los cónyuges para lo que se dividió en dos categorías: comerciante con el 41 % y 43.2 % para casos y controles, mientras que otras ocupaciones con el 59% 56.8% en los casos y controles. (OR 0.91, IC 0.53- 1.56, Ch2 0.12, P 0.7248249) (Ver cuadro N° 1)

En relación a los antecedentes ginecológicos se las mujeres del presente estudio, cabe destacar que:

La menarca predominó en las mujeres mayores de 12 años con el 65.6 % para los casos y el 82.4 % para los controles. (OR 2.46, IC 1.31- 4.65, Ch2 9.07, P 0.0026001). Esta variable es estadísticamente significativa (Ver cuadro N° 2)

El IVSA predominante fue en los casos, en las mujeres menores de 15 años con el 96.7 %, sin embargo para los controles fueron las mayores de 15 años en el 100 %. (No se hace tiene cero)

El uso de anticonceptivos fue el siguiente: en los casos el 75.4 % si usaron anticonceptivo mientras que en los controles el 73.6 % no usaron anticonceptivo. (OR 8.55, IC 4.64- 15.84, Ch2 59.09, P 0.00000000). Esta variable es estadísticamente significativa (Ver cuadro N° 2)

La frecuencia de PAP, en las mujeres del estudio, la mayoría de ellas, alguna vez se lo ha realizado, para los casos, 92.6%; mientras que nunca apenas el 7.4% de los casos. En cuanto a los controles, el 99.2 %, se lo ha realizado alguna vez, mientras que el 4.12% de las mujeres nunca se lo ha realizado. (OR 9.72, IC 1.23-208.13, Ch2 6.72, P 0.00955558) Esta variable es estadísticamente significativa. (Ver cuadro N° 2)

En relación a la citología para VPH positivos, se demostró en los casos que el 57.4 % de las mujeres presentaron VPH positivo, mientras que en los controles fue el 28 % para VPH positivo, sin embargo e los controles el 72 % no presento VPH positivo. (OR 3.46, IC 1.97- 6.10, Ch2 21.71, P 0.0000032) (Ver cuadro N° 2 A)

Las mujeres del estudio presentaron antecedentes de ITS en los casos el 73.8 % mientras que el 51.6 % de los controles no tuvieron antecedentes de ITS. (OR 3.00, IC 1.7-5.32, Ch2 16.58, P 0.0000465). Tanto las mujeres de casos y controles refirieron haber tenido menos de cuatro compañeros sexuales en ambos grupos de estudio, por lo cual la variación es mínima, ya que los datos revelados son los siguientes 88.5 % y 88 % respectivamente para los casos y controles. (OR 0.94, IC 0.41- 2.18, Ch2 0.02, P 0.8801362) (Ver cuadro N° 2 A)

Los antecedentes obstétricos de las mujeres del presente estudio demostraron lo siguientes resultados:

Gesta de dos y mas fue el 86 % en los casos y el 94.4% para los controles. (OR 0.37, IC 0.13- 0.99, Ch2 4.78, P 0.0287944). Edad del primer embarazo fue menor de 15 años en el 80.56 % y 85. 6 % para los casos y los controles. (OR 0.70, IC 0.33 – 1.47, Ch2 1.05, P 0.3047316) .Números de partos vaginales; mayor de dos partos fue de 56.56 % para los casos y el 67.21 % de los controles tuvieron menos de dos partos vaginales. (OR 2.67, IC 1.54- 4.65, Ch2 13.89, P 0.0001940) (Ver cuadro N° 2B)

Los antecedentes no patológicos como factores de riesgo del desarrollo de lesiones precursoras; las mujeres demostraron que fuman e el 72.9 % para los casos y el 50.8 % se los controles. (OR 2.61, IC 1.48- 4.61, Ch2 12.72, P 0.0003617) (Ver cuadro N° 3)

Los tipos de lesiones precursoras de cáncer cervico uterinote las mujeres del estudio demostraron mayor frecuencia de VPH con un 43.09 %, NIC II 32.52 %, NIC III 18.7 % y NIC I 5.69 %. (Ver cuadro N° 4)

RECOMENDACIONES

Realizar campañas con estrategias integradas de promoción de la salud, educación y prevención como una necesidad para el diagnóstico de lesiones tempranas del cáncer cervicouterino.

Desarrollar programas nacionales de control del cáncer, con miras a reducir la incidencia de las neoplasias malignas y la mortalidad que provocan, mejorar la calidad de vida y reducir los factores de riesgo de cáncer cervicouterino.

Implementar tamizajes periódicos de citología cervical para realizarse en poblaciones con bajos recursos y dirigidos a grupos etáreos específicos (20 – 64 años) que posibiliten el hallazgo temprano de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino.

Sensibilizar a las mujeres de la importancia de la toma de la citología cervical, debido a la baja cobertura que existe en el sistema de salud, recalcando la importancia que tiene en la calidad de vida de las mujeres, comprometiéndose como sistema de salud a brindar una atención integral y personalizada a cada mujer que acuda a realizarse el PAP.

Impulsar una búsqueda oportuna de atención ante la presencia de signo de alertas, por parte del MINSA en coordinación con líderes comunitarios, con la adecuada capacitación sobre cáncer cervicouterino y salud sexual reproductiva

PLAN DE INTERVENCION

Proporcionar educación e información sobre los factores sexuales y reproductivos relacionados con elementos del comportamiento sexual y reproductivo que son factores de riesgo, (enfermedades de transmisión sexual); "actividad sexual sin riesgos" y métodos anticonceptivos de barrera; para reducir el riesgo de cáncer del cuello uterino; logrando la aceptación de programas de tamizaje del cáncer.

Orientar los servicios de salud hacia la prevención y las necesidades de las mujeres, fortaleciendo la acción de la comunidad; aumentando los conocimientos y aptitudes de las mujeres, creando conciencia sobre los factores de riesgo vinculados con el cáncer y la importancia del tamizaje para detectar la enfermedad; desempeñan funciones clave en los métodos de promoción de la salud orientados al control del cáncer y así mejorar de la calidad de vida de las mujeres.

Promover la capacitación del personal de salud en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las lesiones precursoras, factores de riesgo y la detección oportuna a través de la toma de la citología cervical y conocimiento de las normas de prevención del cáncer cervicouterino, como medida para reducir la incidencia del cáncer cervicouterino.